



Foto: Florence Salisbury / No Isolation

# Et aldersvennlig samfunn i koronaens tid?

En studie av tilbud og hverdag blant hjemmeboende eldre i pandemiens første 1,5 år

Trond Bliksvær  
Therese Andrews  
Merete Kvamme Fabritius

NF rapport nr.: 5/2022



NORDLANDSFORSKNING  
NORDLAND RESEARCH INSTITUTE



NORDLANDSFORSKNING  
NORDLAND RESEARCH INSTITUTE

# **Et aldersvennlig samfunn i koronaens tid?**

## **En studie av tilbud og hverdag blant hjemmeboende eldre i pandemiens første 1,5 år**

Trond Bliksvær  
Therese Andrews  
Merete Kvamme Fabritius

NF-rapport nr 5/2022  
ISBN:  
978-82-7321-844-5 (trykt)  
978-82-7321-845-2 (digital)



NORDLANDSFORSKNING  
NORDLAND RESEARCH INSTITUTE

## Rapport

TITTEL: Et aldersvennlig samfunn i koronaens tid? En studie av tilbud og hverdag for hjemmeboende eldre i pandemiens første 1,5 år	OFF.TILGJENGELIG: Ja	NF-RAPPORT NR: 5/2022
FORFATTER(E): Trond Bliksvær Therese Andrews Merete Kvamme Fabritius	PROSJEKTANSVARLIG (SIGN): Trond Bliksvær  FORSKNINGSLEDER: Trond Bliksvær	
PROSJEKT: «Aktiv og sunn aldring i koronaens tid»	OPPDRAGSGIVER: Helsedirektoratet  OPPDRAGSGIVERS REFERANSE: Christina Hildonen	
SAMMENDRAG: Rapporten presenterer resultater fra forskningsprosjektet «Aktiv og sunn aldring i koronaens tid», som Nordlandsforskning har utført på oppdrag for Helsedirektoratet. Oppdraget startet i oktober 2020, og datainnsamlingen ble avsluttet i november 2021. En bakgrunn for oppdraget er <i>Flere år – flere muligheter</i> - Regjeringens strategi for et aldersvennlig samfunn fra 2016, og et ønske om kunnskap som bygger på de erfaringer som gjøres under koronapandemien, og som kan brukes til å justere tiltak og innsatsområder i det langsiktige arbeidet med å følge opp strategien.	EMNEORD: Aldring, aldersvennlige samfunn, kommunale tjenester, koronapandemi KEYWORDS: Ageing, Covid-19, corona pandemic, municipal health care, elder care	
	ANTALL SIDER: 130	

Nordlandsforskning AS  
Postboks 1490  
N-8049 Bodø  
Norge

Tlf: +47 75 41 18 10  
nf@nforsk.no  
www.nordlandsforskning.no

Bankkonto 4500 55 98811

Besøk: Universitetsalleen 11 Foretaksregisteret NO/VAT nr 989 714 309 MVA

# FORORD

Rapporten presenterer resultater fra et forskningsprosjekt med tittelen «Aktiv og sunn aldring i koronaens tid», som Nordlandsforskning har utført på oppdrag for Helsedirektoratet. Oppdraget startet i oktober 2020, og datainnsamlingen ble avsluttet om lag et år senere, i november 2021. Bakgrunn for oppdraget var blant annet *Flere år – flere muligheter* - Regjeringens strategi for et aldersvennlig samfunn fra 2016, og et ønske om kunnskap som bygger på de erfaringer som gjøres under koronapandemien, og som kan brukes til å justere tiltak og innsatsområder i det langsiktige arbeidet med å følge opp strategien.

I tillegg til sekundærdata fra to tidligere spørreskjemaundersøkelser, bygger rapporten på to typer primærdata. For det første en spørreskjemaundersøkelse om kommunale tilbud til eldre hjemmeboende under pandemien, rettet til leder for hjemmebaserte tjenester i alle kommunene. For det andre en casestudie i fire kommuner/bydeler fra fire ulike steder i landet, med intervjuer av ledere i hjemmebaserte tjenester, frivillighetskoordinator, representanter for lag og foreninger, et utvalg hjemmeboende eldre, og pårørende til hjemmeboende personer med demenssykdom. Vi vil takke alle som har stilt opp som informanter i disse undersøkelsene og som har brukt av sin tid og delt sine erfaringer med oss.

Nordlandsforskning ønsker også å takke Helsedirektoratet for et interessant oppdrag og et godt samarbeid. Vi ønsker særlig å takke Christina Hildonen, Eva Irene Holt og Ellinor Sundseth for gode innspill og gode diskusjoner underveis. Takk også til kvalitetssikrer Ragnhild Holmen Waldahl for nyttige kommentarer til et tidligere utkast av rapporten.

Bodø, mars 2022

# INNHold

<b>FORORD</b> .....	<b>1</b>
<b>FIGURLISTE</b> .....	<b>4</b>
<b>TABELLISTE</b> .....	<b>4</b>
<b>SAMMENDRAG</b> .....	<b>5</b>
<b>1 INNLEDNING</b> .....	<b>11</b>
1.1 BAKGRUNN OG FORMÅL MED STUDIEN .....	11
1.2 STRATEGI FOR ET ALDERSVENNLIG SAMFUNN .....	11
1.3 ALDRING, TID OG STED .....	12
1.4 ALDRING OG LIVSKVALITET .....	12
1.5 PROBLEMSTILLINGER OG TEMATISK INNTAK .....	13
1.5.1 <i>Kommunenes arbeid med aldersvennlige samfunn under en pandemi</i> .....	13
1.5.2 <i>Sivilsamfunn, frivillighet og næringsliv – et sikkerhetsnett ?</i> .....	14
1.5.3 <i>Konsekvenser av pandemien for hjemmeboende eldres livskvalitet</i> .....	14
1.6 KORT OM RAPPORTEN .....	15
<b>2 METODISK TILNÆRMING</b> .....	<b>16</b>
2.1 ET TREDELT FORSKNINGSDESIGN .....	16
2.2 DEL 1: TO KOMMUNALE SURVEYER.....	16
2.2.1 <i>Survey 1: Kommunale tiltak og strategier for hjemmeboende eldre</i> .....	16
2.2.2 <i>Survey 2: Forebygging og håndtering av koronapandemien i kommunal eldreomsorg</i> .....	18
2.3 DEL 2: CASESTUDIER.....	18
2.3.1 <i>Valg av caseområder</i> .....	19
2.3.2 <i>Valg og rekruttering av informanter</i> .....	19
2.3.3 <i>Gjennomføring</i> .....	19
2.4 DEL 3: ANALYSE AV FOLKEHELSEINSTITUTTETS KORONAUNDERSØKELSE .....	20
2.5 STATUS FOR KORONAPANDEMIEN UNDER GJENNOMFØRING AV STUDIEN .....	20
2.6 FORSKNINGSETISKE HENSYN.....	21
<b>3 KOMMUNALE VERKTØY OG STRATEGIER I MØTE MED KORONAPANDEMIEN</b> .....	<b>22</b>
3.1 INNLEDNING.....	22
3.2 HJEMMEBASERTE TJENESTER OG DAGTILBUD (SURVEY 1) .....	22
3.2.1 <i>Endringer i hjemmebaserte tilbud</i> .....	22
3.2.2 <i>Har det oppstått nye former for samarbeid?</i> .....	23
3.2.3 <i>Om teknologibruk</i> .....	24
3.2.4 <i>Tilbud på dagtid til eldre under pandemien – innhold og omfang</i> .....	26
3.2.5 <i>Utvikling av nye tilbud</i> .....	30
3.2.6 <i>Endringer i arbeidsformer</i> .....	31
3.2.7 <i>Pandemiens konsekvenser for arbeid med aldersvennlige samfunn</i> .....	32
3.2.8 <i>Generelle erfaringer</i> .....	34
3.3 ERFARINGER FRA TIDLIG FASE (SURVEY 2) .....	37
3.3.1 <i>Omfang av smitte i eldreomsorgen</i> .....	37
3.3.2 <i>Tiltak og metoder</i> .....	38
3.3.3 <i>Noen utfordringer i gjennomføring av tiltakene</i> .....	40
3.3.4 <i>Betydning for arbeidet med et aldersvennlig samfunn</i> .....	42
<b>4 ERFARINGER FRA KORONAPANDEMIEN I FIRE KOMMUNER</b> .....	<b>43</b>

4.1	INNLEDNING .....	43
4.2	CASEOMRÅDE 1 .....	43
4.2.1	<i>Innledning</i> .....	43
4.2.2	<i>Hjemmebaserte tjenester: Lederes vurderinger og erfaringer</i> .....	43
4.2.3	<i>Frivillighet og samarbeid</i> .....	47
4.2.4	<i>Innbyggers erfaringer</i> .....	49
4.3	CASEOMRÅDE 2 .....	53
4.3.1	<i>Innledning</i> .....	53
4.3.2	<i>Hjemmebaserte tjenester: Lederes vurderinger og erfaringer</i> .....	53
4.3.3	<i>Frivilliges bidrag</i> .....	57
4.3.4	<i>Innbyggers erfaringer</i> .....	58
4.4	CASEOMRÅDE 3 .....	64
4.4.1	<i>Innledning</i> .....	64
4.4.2	<i>Hjemmebaserte tjenester: Lederes vurderinger og erfaringer</i> .....	65
4.4.3	<i>Andre aktørers bidrag og erfaringer</i> .....	69
4.4.4	<i>Innbyggers erfaringer</i> .....	72
4.5	CASEOMRÅDE 4 .....	86
4.5.1	<i>Innledning</i> .....	86
4.5.2	<i>Hjemmebaserte tjenester: Lederes vurderinger og erfaringer</i> .....	86
4.5.3	<i>Frivillighet kan spille på andre strenger</i> .....	93
4.5.4	<i>Innbyggers erfaringer</i> .....	97
4.5.5	<i>Pårørendes erfaringer</i> .....	102
<b>5</b>	<b>OPPLEVD LIVSKVALITET OG HELSE FØR OG UNDER KORONAPANDEMIEN .....</b>	<b>104</b>
5.1	INNLEDNING .....	104
5.2	ENSOMHET .....	104
5.3	OPPLEVD LIVSKVALITET .....	105
5.4	MENINGEN I DET DAGLIGE .....	106
5.5	TILLIT .....	107
5.6	EGENVURDERT HELSETILSTAND .....	108
<b>6</b>	<b>OPPSUMMERING, DISKUSJON OG AVSLUTTENDE KOMMENTARER .....</b>	<b>110</b>
6.1	HOVEDFUNN .....	110
6.1.1	<i>Kommunale verktøy og strategier</i> .....	110
6.1.2	<i>Andre aktørers bidrag og erfaringer</i> .....	112
6.1.3	<i>Innbyggers erfaringer</i> .....	113
6.2	PANDEMIENS «GEOGRAFI» .....	115
6.2.1	<i>Tiltakenes selvstendige virkning</i> .....	116
6.2.2	<i>Ulike romlige forutsetninger</i> .....	116
6.2.3	<i>Ulike kulturelle forutsetninger</i> .....	116
6.2.4	<i>Pandemi isolerer mennesker, også eldre</i> .....	117
6.2.5	<i>Hverdagsfriheten – en kraft som blir borte</i> .....	117
6.3	PANDEMIEN OG TILTAKENE – RAMMER STERKEST DE SOM ER MEST UTSATT (MEN OGSÅ DE AKTIVE RAMMES) .....	117
6.3.1	<i>Tillit til lokale myndigheter og til hverandre</i> .....	119
6.3.2	<i>Lag og foreningers rolle – sosiale nettverk som forebygging</i> .....	120
6.3.3	<i>Digital kommunikasjon og digitale verktøy</i> .....	121
6.4	OPPSUMMERING – HVA HAR VI LÆRT? .....	122
	<b>REFERANSER .....</b>	<b>127</b>

## FIGURLISTE

Figur 1 Visuell fremstilling av design .....	16
Figur 2 I hvilken grad har følgende endringer funnet sted i hele eller deler av perioden med koronapandemi i din kommune/bydel? .....	23
Figur 3 Er det under koronapandemien oppstått nye former for samarbeid? .....	24
Figur 4 Ulike påstander om bruk av digital teknologi i perioden med koronapandemi .....	25
Figur 5 Svar på generelle påstander om bruk av teknologi .....	26
Figur 6 Har kommunen/bydelen dagaktivitetstilbud til ... ..	27
Figur 7 Har dagaktivitetstilbudet vært åpent under koronapandemien? .....	27
Figur 8 Typer begrensning/reduksjon i dagtilbudet .....	28
Figur 9 Har kommunen/bydelen frisklivstilbud/-sentral? .....	28
Figur 10 Har frisklivstilbudet vært åpent under koronapandemien? .....	29
Figur 11 Typer begrensning/reduksjon i frisklivstilbudet .....	29
Figur 12 Er det andre aktører enn kommunen som tilbyr dagaktiviteter til eldre? .....	30
Figur 13 Er det andre aktører enn kommunen som tilbyr dagaktiviteter til eldre? .....	31
Figur 14 Svar på påstander om mulige konsekvenser av koronapandemien, etter kommunestørrelse .....	32
Figur 15 I perioden med koronapandemi, har hjemmetjenesten i din kommune/bydel blitt bedre eller dårligere rustet til å .....	33
Figur 16 Om kommunen/bydelen har blitt bedre eller dårligere, etter kommunestørrelse .....	34
Figur 17 Bruk av smitteverntiltak etter pandemifase .....	39
Figur 18 Andre smitteverntiltak etter pandemifase .....	40
Figur 19 Opplevde problemer knyttet til brukere/pårørende etter fase .....	41
Figur 20 Påstander om tjenestens evne til å fremme sentrale målsetninger .....	42
Figur 21 Opplevd ensomhet etter aldersgruppe, kjønn og sentralitetsgrad .....	105
Figur 22 Tilfredshet med livet etter aldersgruppe, kjønn og sentralitetsgrad .....	106
Figur 23 Opplevd mening i det daglige etter aldersgruppe, kjønn og sentralitetsgrad .....	107
Figur 24 Tillit etter aldersgruppe, kjønn og sentralitetsgrad .....	108
Figur 25 Egenvurdert helse etter aldersgruppe og sentralitetsgrad (Kilde FHIs folkehelseundersøkelser) .....	109

## TABELLISTE

Tabell 1 Hvor mange innbyggere er det i din kommune/bydel? (N=178) .....	17
Tabell 2 I hvilket fylke ligger kommunen hvor du er ansatt? (N=178) .....	17
Tabell 3 Lederes erfaringer med smitte i kommunal eldreomsorg .....	37
Tabell 4 Prosentandel ledere som rapporterer om smitte etter fase og kommunestørrelse .....	37
Tabell 5 Prosentandel ledere som har opplevd smitte blant ulike grupper .....	38

# SAMMENDRAG

## Bakgrunn

Rapporten presenterer resultater fra forskningsprosjektet «Aktiv og sunn aldring i koronaens tid», som Nordlandsforskning har utført for Helsedirektoratet. Oppdraget startet i oktober 2020, men det meste av datamaterialet ble samlet inn fra mars til november 2021. Bakgrunnen for oppdraget var *Flere år – flere muligheter* - Regjeringens strategi for et aldersvennlig samfunn fra 2016, og et ønske om å få innsikt i erfaringer fra koronapandemien som kan brukes til å justere tiltak og innsatsområder i det langsiktige arbeidet med å følge opp denne strategien.

Helsedirektoratet formulerte et todelt formål for studien. For det første skulle den belyse hvordan koronapandemien og følgene av den, kan sies å påvirke det langsiktige arbeidet med å følge opp strategien for et aldersvennlig samfunn. Her har to kategorier av aktører vært av særlig interesse: kommuner og sivilsamfunn (frivillige lag og foreninger, nabolag mm). I tillegg var det ønskelig å få frem i hvilken grad private aktører har vært involvert. For det andre var det et mål å bruke kunnskapen til å trekke ut lærdommer som kan være verd å bygge på videre, ikke minst med tanke på om koronakrisen har preget forståelsen av aldring og av hva som er et aldersvennlig samfunn.

## Problemstillinger

Helsedirektoratets overordnede spørsmål ble konkretisert i problemstillinger knyttet til tre temaer:

- Kommunenes arbeid med et aldersvennlig samfunn under en pandemi
  - Hvordan har ulike kommuner taklet koronautbruddet så langt?
  - Er det forskjeller i hvordan sentrale kommuner og distriktskommuner er rustet for og håndterer utfordringene?
  - Påvirker pandemien og samfunnets tiltak for å slå ned pandemien, hvordan kommunene ser for seg arbeidet videre med et aldersvennlig samfunn?
  - Har koronapandemien utfordret kommunenes omsorgskapasitet knyttet til hjemmeboende og selvhjulpne eldre, eller har kommunene erfart at de har håndtert dette på en god måte?
- Sivilsamfunn, frivillighet og næringsliv – et sikkerhetsnett?
  - Har pandemien ført til at lokalt næringsliv, frivillige organisasjoner og sivilsamfunn utviklet nye løsninger for å løse viktige oppgaver – som for eksempel hjemlevering av varer og tjenester?
  - Har flere hjulpet naboene, og er det forskjell på slike tiltak i urbane og rurale strøk?
  - Kan mulighetene som eksisterer for å skape digitale arenaer, utnyttes bedre?
  - Kan sosiale arenaer vedlikeholdes slik at de ikke forringes i perioder med nedstengninger?
- Konsekvenser av pandemien for hjemmeboende Eldres livskvalitet
  - I hvilken grad har koronaepidemien ført til større grad av ensomhet eller redusert livskvalitet blant eldre hjemmeboende?
  - Hvordan takler eldre selv tilværelsen med mindre direkte sosial kontakt som følge av koronautbruddet?
  - Hvilke strategier og metoder har eldre selv tatt i bruk for å dekke sine behov for sosial kontakt?
  - Hvilken betydning har sosiale nettverk med familie og nære venner hatt?
  - Hvilken rolle spiller ulike sosiale og digitale nettverk for å motvirke ensomhet, og klarer de fleste å nyttiggjøre seg de nye mulighetene? Virker digitale verktøy fremmende eller hemmende på mulighetene for aktivitet og deltakelse?



- Har pandemien fått forskjellige konsekvenser for forskjellige grupper eldre? Er det forskjeller mellom dem som bor i distriktskommuner og i sentrale strøk, mellom ulike sosiale lag, mellom kvinner og menn, mellom de med og uten familie og etter andre relevante parameter?

## **Datamateriale og metode**

For å få frem både bredde og dybde i erfaringer knyttet til koronapandemien, ble det i studien valgt et forskningsdesign som kombinerer kvantitative og kvalitative metoder. Kvalitative data stammer blant annet fra intervjuer med ledere for hjemmebaserte tjenester, med representanter for frivillige organisasjoner og fra innbyggere i fire geografisk spredte caseområder. Kvantitative data er samlet inn via tre spørreskjemaundersøkelser. To var landsdekkende studier av hjemmebaserte tjenester, hvor det ene datasettet er samlet inn spesielt for dette prosjektet. I det tredje datasettet inngår deler av Folkehelseinstituttets befolkningsundersøkelse i to fylker.

## **Resultater**

***Hvordan har ulike kommuner taklet koronautbruddet så langt? Har pandemien utfordret kommunenes omsorgskapasitet i forhold til hjemmeboende og selvhjulpne eldre, og er det store forskjeller på hvordan sentrale kommuner og distriktskommuner er rustet for og håndterer utfordringene?***

- Under pandemien har det vært en kraftig reduksjon i dagtilbud til hjemmeboende eldre. Relativt mange kommuner har klart å holde tilbudet åpent under deler av pandemien, mens relativt få (omtrent en av ti) har holdt stengt gjennom hele perioden – uavhengig av kommunestørrelse. Det mest vanlige begrensende tiltaket, i perioder når tilbudet har vært åpent, har vært å redusere antallet samtidige brukere.
- Tilbud om bistand i eget hjem ble også innskrenket, særlig i den første fasen. I casekommunene ble det gjort grundige vurderinger av hva som er nødvendig helsehjelp, og det ble gjort et betydelig arbeid for å sortere ut hvilke oppgaver som kunne nedprioriteres og til hvilke brukere. Godt og vel halvparten av lederne som svarte på spørreskjema i 2021, oppga at brukere i varierende grad hadde takket nei til tilbud fra hjemmebaserte tjenester. Disse brukerne hadde vært redd for at ansatte skulle bringe med seg smitte.
- Virksomheten i hjemmebaserte tjenester ble i stor utstrekning (seks av ti) organisert slik at det var færre tjenesteytere per bruker.
- Nye former for samarbeid ble etablert først og fremst internt i tjenesten, mellom ledere og ansatte. Relativt mange (fire av ti) oppga endringer i samarbeid mellom tjenesteytere og familie/pårørende til brukere, som oftest i form av hyppigere kontakt. Nye former for samarbeid mellom hjemmebaserte tjenester og frivillige organisasjoner ble oppgitt av vel tre av ti ledere, mens nye former for samarbeid mellom tjenesteytere og private aktører bare gjaldt for en av ti.
- Bruk av digitale kommunikasjonsløsninger har økt i løpet av pandemien, i størst grad i samhandlingen mellom ledere og tjenesteytere. Online/digital kontakt med pårørende til brukere hadde økt noe, mens digital kontakt med brukere hadde økt i liten grad.
- Ledere for hjemmebaserte tjenester rapporterer at ensomhet blant brukere som følge av koronapandemien og besøksrestriksjoner, har vært en stor utfordring. De oppgir også at deres enhet i løpet av pandemien hadde blitt dårligere rustet til å fremme et aktivt og sosialt liv blant eldre, og dårligere rustet til dette enn til å fremme eldres psykiske og fysiske helse.
- Uformell omsorg ser ut til å ha erstattet formell omsorg i et visst omfang. Nær halvparten av lederne som deltok i surveyen høsten 2021, har oppgitt dette.

- Kommunene har håndtert utfordringene knyttet til pandemien på forskjellige måter, men ut fra egne beskrivelser har de i stor grad klart å håndtere pandemien i sin organisasjon. Utfordringene har imidlertid hatt litt ulik karakter i sentrale kommuner og i distriktskommuner. For eksempel har bydelene i casestudien erfart smitte og smittehåndtering som en stor utfordring, mens distriktskommunene ikke har erfart smitten som et problem i samme grad. Her har derimot iverksettingen av smitteverntiltak og organisering og legitimering av disse, vært en utfordring.
- Representanter for hjemmebaserte tjenester og dagsentertilbud ga uttrykk for at det kommunale apparatet ikke har like god oversikt eller er like sterkt til stede, når det gjelder eldre innbyggere som tilhører kategorien førstegenerasjons innvandrere, som når det gjelder befolkningen ellers. Til dels blir dette forklart ved at innvandrere søker dekning av sine behov for praktisk hjelp, informasjon, og til dels helsehjelp, gjennom andre (uformelle) tjenestesystemer, for eksempel de som er knyttet til moskeer, og familie/venner.

***Har pandemien medført at lokalt næringsliv, frivillige organisasjoner og sivilsamfunn utviklet nye løsninger for å løse viktige oppgaver?***

- Vel halvparten av lederne for hjemmebaserte tjenester oppga at andre aktører enn kommunen tilbyr dagaktiviteter til eldre, i hovedsak frivillige aktører, og en liten andel private aktører.
- Relativt få ledere ga uttrykk for at nabolag/velforeninger eller frivillige organisasjoner har utviklet nye tilbud til hjemmeboende eldre. Det er kanskje i og for seg ikke uventet, men bekrefter samtidig et bilde av at det er begrenset i hvilken grad sivilsamfunn fanger opp udekkede behov som har oppstått når det offentlige og formell omsorg får sin kapasitet svekket.
- I caseområdene varierte tilbud og aktiviteter fra frivillige organisasjoner under pandemien, men det meste var stengt i alle fall i perioder, mens noen tilbud hadde vært stengt hele perioden.
- Potensialet blant frivillige synes å være stort i enkelte kommuner, men det er en utfordring å få noen til å ta på seg lederansvar og å inngå i langsiktige forpliktelser.
- Intervjuer med ledere for frivillige organisasjoner illustrerer hvor viktig frivilligheten kan være som «brohode» til innbyggere som ellers kan være vanskelig å ha kontakt med for kommunale tjenesteytere. Frivillige organisasjoner drives etter andre prinsipper og ledere ansettes med utgangspunkt i andre kvalifikasjoner. De kan kommunisere med innbyggere på andre måter, og nå ut med andre budskap gjennom andre kanaler, enn en ansatt i en kommunal organisasjon, som har taushetsplikt, og må forholde seg til andre prinsipper, som for eksempel likebehandling.
- Nye «kreative» løsninger blant frivillige organisasjoner, hører vi lite om, men det kommer frem eksempler på ekstra innsats hvor det utnyttes etablerte ressurser, som en pensjonistforening som var tidlig ute med å etablere telefonkontakt med mange av sine medlemmer (som i små kommuner gjerne er sambygdinger). Vi får høre om stengninger, om avstandsbegrensninger og om eksempler der tilbud holdes åpent gjennom å redusere antall personer samtidig i fellesarealer, og om flytting av aktivitet og servering utendørs. Ut over det, dreier fortellingene seg mest om å ta i bruk kjente løsninger og få det ordinære tilbudet til å fungere som normalt. For frivilligheten har samtidig selv blitt rammet av pandemien og må «restartes» når den er over.
- Det er lite som tyder på at private aktører har hatt en sentral rolle for velferden til hjemmeboende eldre under pandemien. Med til unntakene hører levering av dagligvarer fra egne butikker. Eksempler på produksjon av smittvernustyr i de første fasene av pandemien, finnes også.

### ***Hvordan takler eldre selv tilværelsen med utfordringene som følge av koronautbruddet?***

- Gruppen av eldre hjemmeboende som deltok i studien, varierte med tanke på alder, kjønn, sosio-økonomisk bakgrunn, familieforhold, sosiale nettverk, boforhold og etnisitet. De beskrev likevel flere felles praksiser og erfaringer. Smitteverntiltakene påvirket i stor grad alles hverdagsliv, selv når det ikke var smitte i lokalsamfunnet. Alle hadde fulgt offisielle smitteverntiltak, både fordi de ville unngå å bli smittet og fordi de hadde tillit til myndighetenes beslutninger. Et unntak var tillit til beslutningen om at ansatte i hjemmebaserte tjenester ikke skulle bruke munnbind i de første månedene. Besøksrestriksjoner i omsorgsboliger i den første tiden, ble også reagert på.
- I bydelscasene preges beskrivelsene av at det er færre steder utenom boligen og færre fysisk rom hvor det er mulig å oppholde seg uten å oppleve smittefare. Når dagtilbud og andre fellesarenaer ble stengt, var det dermed færre alternativer til egen bolig.
- Et fellestrekk, som går igjen på tvers av de fire casene, er at pandemien gjennom frykten for smitte som den skaper hos mange, og gjennom smitteverntiltakene som ble innført, begrenset sosial omgang og skapte isolasjon og ensomhet, særlig for dem som hadde fysiske funksjonsnedsettelse, og for dem som bodde alene og/eller befant seg utenfor venners innerste sirkel hvor det kun var plass for noen få personer om offentlige påbud ble fulgt.
- Et annet trekk i beskrivelsene er tap av det som kan kalles hverdagsfrihet. Den vanlige rytmen i hverdagslivet raknet også eller ble borte fordi det ikke lenger var mulig å utføre vanlige aktiviteter. Selv om pandemien og smitteverntiltakene rammer enkelte grupper og livssituasjoner mer enn andre, hadde den konsekvenser også for personer som i utgangspunktet var aktive og ressurssterke. Pandemien og smitteverntiltakene grep inn i kjernen i deres hverdagsliv ved å forstyrre små, men viktige rutiner, som tidligere har blitt tatt for gitt.

### ***Er det noen grupper eldre hjemmeboende som har vært særlig utsatt?***

- En gruppe som er særlig sårbar, er hjemmeboende personer med demenssykdom. Pårørende til personer i denne gruppen beskriver hvordan smitteverntiltak med sosial distansering og redusert tilsyn gir negative konsekvenser. De ble særlig påvirket av endringer i hverdagslivets rutiner, i regler for sosial omgang, og i reduksjon eller stengning av dagtilbud. Mens stengning i dagtilbud blant annet gikk ut over muligheten til adspredelse for den demenssyke, ble ektefellen rammet av mangel på avlastning. Enkelte pårørende vurderte det som nødvendig å la sin demenssyke mor eller far bo hjemme hos seg en periode, mens andre arbeidet redusert stilling eller utvidet bruken av hjemmekontor. I særlig omsorgskrevende situasjoner skapte store hjelpebehov hos den demenssyke mor eller far, vansker i relasjonen mellom de pårørende som samtidig skulle forvalte egne travle liv.
- Studien gir også et klart inntrykk av innvandrere som en sårbar gruppe. De har blant annet erfart det vanskelig å få tilgang til informasjon, og særlig i nyansene i informasjon fra lokale myndigheter som i begrenset grad har nådd frem på grunn av språkutfordringer. Det blir imidlertid pekt på at innvandrere ofte har sterke relasjoner til familie og slekt. Flere av informantene hadde også barn og barnebarn som har bidratt med informasjon om smittevern og vaksiner. Vi har derfor et inntrykk av at ensomhet kanskje ikke er et like stort problem blant denne gruppen eldre som det er blant mange andre eldre. Det kom også frem eksempler på at kjønnsrollemønstre i hjemmet var til hinder for å kunne motta praktisk bistand fra kommunen.
- Andre sårbare grupper er, som nevnt over, eldre som har funksjonsnedsettelse, og eldre som bor alene, og har begrenset nettverk eller familie i nærheten. Konsekvensene var ekstra merkbare i perioder hvor smitteverntiltakene var særlig strenge. Flere i denne gruppen ble også

rammet av et besøksforbud som av noen kommuner ble innført i en periode, i omsorgsboliger og i bofellesskap. Sterke begrensninger på antall besøkende i private hjem, gikk også utover denne gruppen eldre.

***Påvirker pandemien og samfunnets tiltak for å håndtere den hvordan kommunene ser for seg arbeidet videre med aldersvennlig samfunn?***

- Enkelte informanter poengterte at deres kommune gjør lite for å følge opp strategien for et aldersvennlig samfunn. De hadde ikke registrert nevneverdige aktiviteter eller ressurser knyttet til strategien verken før eller under pandemien. Ett eksempel med en eldre kvinne som måtte legge seg klokken 19.30 for å få hjelp fra hjemmebaserte tjenester, i en bolig sentralt plassert i en stor kommune, vitner heller ikke om tilrettelegging for et aldersvennlig samfunn.
- For hjemmeboende eldre var det verdifullt at naboer og andre i det sosiale nettverket bidro til å løse hverandres behov og hverdagslige problemer, ved for eksempel å hjelpe til med innkjøp, bruk av banktjenester, og støtte til legebegøring og servicetilbud. Hjelp til å opprettholde fysisk aktivitetsnivå og til opptrening var en større utfordring. Slike tilbud må ikke driftes av kommunale tjenester og det offentlige, men det vil være for mye å forvente at frivillige organisasjoner tar på seg et utvidet ansvar for å løse nødvendige oppgaver, slik deres rammer og muligheter er i dag.
- Verdien av langsiktig arbeid med sosial nettverksbygging via frivillighetskoordinator, kom til uttrykk særlig under pandemiens første fase. Relasjonen som var etablert med lag og foreninger, andre kommunale tjenester og hjemmeboende eldre, ble raskt aktivert under pandemien, og gjorde det for eksempel lettere å koble personer sammen over telefon.
- Casestudiene viser også eksempler på at frivillighetskoordinatorer under pandemien har bidratt til å opprettholde tilbud til hjemmeboende eldre som frivillige ellers ville ha tatt seg av.
- Det har vært knyttet forventninger til de muligheter for kommunikasjon og nettverksbygging som digitale kommunikasjonsverktøy kan gi, ikke minst når det gjelder kontakt mellom kommunale tjenester og innbyggere. Et overordnet bilde i studien er at digitale kommunikasjonsverktøy i første rekke var til nytte internt i tjenestene og i mindre grad mellom tjenestene og hjemmeboende eldre. Studien viser videre at det kan være mye å hente på å øke hjemmeboende eldres kompetanse og kunnskap i bruk av digitale verktøy. Det kommer imidlertid samtidig frem tegn på at digitaliseringen av samfunnet har klare negative konsekvenser for mange eldre. Dette gjør det nødvendig å diskutere teknologioptimismen og digitaliseringens «grenser».

**Noen anbefalinger og forslag til videre studier**

På bakgrunn av studien, vil vi særlig trekke fram følgende mulige forbedringsområder:

- **Begrense antallet tjenesteutøvere per bruker og unngå at ansatte må arbeide på tvers av tjenester/avdelinger.** Det bør iverksettes tiltak/planer for å sikre at ansatte arbeider på færrest mulig «stasjoner», slik at en pandemi ikke vil kreve store omlegginger og ressurser.
- **Styrke frivilligheten som bindeledd mellom kommune og innbyggere:** Frivillighetskoordinator er et bindeledd som kanskje ikke er tilstrekkelig utviklet. Rammevilkår for frivillige lag og foreninger, bør vurderes. Kan det for eksempel trenges støtte til sentrale driftsfunksjoner (daglig leder o.l.) og «starthjelp» når lag/foreninger har vært nedstengt en periode? Det kan også med fordel settes i verk tiltak for å rekruttere frivillige med ulik språklig og kulturell bakgrunn, for å møte ulike behov i befolkningen.
- **Vurdere tiltak som kan settes i verk for å hindre nedstengning av dagaktivitetstilbud til eldre med og uten demenssykdom.**

- **Ta på alvor digitalisering som ekskluderer og diskriminerer eldre:** Studien synliggjør at digitaliseringen av samfunnet har negative konsekvenser for mange eldre. Det er behov for å diskutere teknologioptimismen og digitaliseringens «grenser». Samtidig er det behov for bedre, lettere tilgjengelige, og mer systematiske tiltak for å styrke Eldres digitale kompetanse. Det er også behov for lett tilgjengelige support/støttefunksjoner.
- **Rette oppmerksomheten i sterkere grad mot konsekvenser av en pandemi for innvandrerbefolkningen:** Eldre innvandrere som ikke forstår godt norsk eller engelsk, og som ikke har barn eller barnebarn som kan fungere som oversetter, synes å ha et udekket informasjonsbehov. En lett og enkel tilgang til tolketjenester i møte med hjemmebaserte tjenester vil være viktig. Det er også viktig å støtte frivillige lag og foreninger som ønsker å gi (f.eks.) digitale opplæringstilbud og språktilbud til innvandrere.
- **Stimulere til tjenester fra næringslivet, for eksempel leveringsordninger for dagligvarer:** Undersøkelsen viser at næringslivsaktører i relativt liten grad har utviklet eller forsterket tilbud under pandemien. Et samarbeid mellom offentlige, private og frivillige aktører innenfor dette området har derfor et betydelig potensial.
- **Vurdere presisjonsnivået i offisielle råd og påbud** for å unngå muligheten for misforståelser, som i informasjonen som førte til at det ble oppfattet som besøksforbud i omsorgsboliger. Hensiktsmessigheten i å begrense antall besøkende i private hjem til kun to, er et annet eksempel på tiltak som bør vurderes mer nøye, fordi det rammer eldre aleneboende uforholdsmessig sterkt, og kan bidra til økt ensomhet.

#### Forslag til videre studier:

- Pandemien har vart betydelig lengre enn vår studie, som kun belyser de første 1,5 år. Det er derfor behov for ytterligere studier om hva kommunene har lært, og hvilke endringer de gjør eller kan gjøre, på bakgrunn av erfaringer samlet sett.
- Hvordan kan ulike smitteverntiltak ved en ny pandemi bedre tilpasses lokale forhold, når det er store geografiske forskjeller med hensyn til utbredelse og risiko?
- Hvordan kan informasjon tilrettelegges og formidles i en pandemisituasjon på en slik måte at den når raskere og bedre frem til innvandrerbefolkningen?
- Hvordan kan kommuner bruke digitale tjenester (jfr. konsepter som «digitalt førstevalg» og «virtuelle avdelinger») til å utvikle inkluderende digitale løsninger, samt styrke muligheten for å dekke sosiale omsorgsbehov i pandemisituasjoner hvor fysisk kontakt ikke er mulig. Hvilke digitale verktøy må utvikles for at også eldre kan benytte dette på en hensiktsmessig måte?
- Hva består behovet for digital kompetanse i, blant ulike grupper hjemmeboende eldre, og hvilken utforming bør et opplæringstilbud ha som skal kunne dekke dette behovet?
- Hvordan kan et samarbeid mellom frivillige organisasjoner, privat næringsliv, og kommunale tjenester organiseres og styrkes, med hensyn til fremtidige pandemier?
- Hvordan kan samarbeidet mellom frivillige organisasjoner, privat næringsliv, og kommunale tjenester styrkes når det gjelder å tilby sosiale aktivitetsarenaer for eldre?
- Hvilken rolle har media under en pandemi i forbindelse med informasjonsformidling?
- Det er utfordringer som knytter seg til tradisjonelle kjønnsroller i innvandrerbefolkningen som det kan være verdt å utforske nærmere, og om det finnes potensial for endring.
- Studier av frivillighetskoordinatorrollen (praksis, funksjon og potensial).

# 1 INNLEDNING

## 1.1 BAKGRUNN OG FORMÅL MED STUDIEN

*Min mor er veldig sosial. Hun hadde vanskelig for å skjønne hva korona er og hvorfor hun ikke kunne gå ned til kaféen på kjøpesenteret som før. Det var vanskelig å gi henne en god forklaring, for det fantes ikke noen situasjoner vi kunne sammenligne med. Hun er jo glad i å gå på besøk, og hadde også et dagtilbud i kommunen som hun ikke kunne besøke lenger. Når alt dette ble borte, så ble dagen helt fri for aktiviteter. Jeg tok en avgjørelse tidlig, om at hun skulle komme hit til meg og samboeren og bo sammen med oss.*

*(Datter til kvinne i 60-årene med demenssykdom)*

Utgangspunktet for oppdraget var et behov for kunnskap om hvordan koronapandemien kan ha påvirket hjemmeboende Eldres mulighet for å leve aktive, sosiale og sunne liv – i tråd med sentrale målsetninger i strategien for et aldersvennlig samfunn (Regjeringen, 2016). Kommunene spiller en nøkkelrolle i arbeidet med å virkeliggjøre strategien. Det var derfor viktig å rette søkelyset mot kommunens arbeid rettet mot eldre under de spesielle omstendighetene som oppsto i forbindelse med pandemien. Sentrale spørsmål som det ble ønsket svar på, var om kommunene har søkt støtte hos og samarbeidet med andre aktører, som frivillige organisasjoner eller privat næringsliv, og mer generelt: Hva kan trekkes ut av erfaringene så langt? Hva betyr erfaringene for hvordan det bør tenkes om aldersvennlige samfunn fremover? Da studien startet, hadde eldre som gruppe blitt viet betydelig grad av oppmerksomhet med tanke på hvordan de ble berørt ikke bare av pandemien, men også av tiltak som ble satt i verk for å bremse smitteutbredelse. De eldre som det her var snakk om, var i hovedsak beboere i sykehjem som ble rammet av nedstengning blant annet ved å bli fratatt muligheten for å ta imot besøk. Konsekvenser av pandemien og tiltak knyttet til den, dreide seg da i liten grad om hjemmeboende eldre.

## 1.2 STRATEGI FOR ET ALDERSVENNLIG SAMFUNN

Strategien for et aldersvennlig samfunn beskrives som en viktig del av en *moderne eldrepolitikk*. Til forskjell fra «tradisjonell» eldrepolitikk som ofte har handlet om pensjonsreformer og reformer innen helse- og omsorgssektoren, skal oppmerksomheten fremover i større grad rettes mot Eldres egne ressurser, muligheter og ansvar. Strategien retter særlig oppmerksomheten mot et lengre arbeidsliv, utvikling av aldersvennlige lokalsamfunn, økt involvering av frivillig sektor og sivilsamfunn, nyskaping innen «the silver economy», og helsefremming gjennom helse- og omsorgssektoren (Regjeringen, 2016)

Et siktemål med denne strategien er også å demme opp for uheldige virkninger av en økende andel eldre i befolkningen. I Norge, så vel som i andre europeiske land, har denne befolkningsutviklingen blitt et sentralt tema i landenes politiske veivalg og strategier for fremtiden. En eldre befolkning vil skape utfordringer på flere velferdsområder; boligforsyning, transport, kommunikasjon, og ikke minst dekning av behovet for helse- og omsorgstjenester (Bodin et.al., 2020). Ifølge befolkningsframskrivninger fra Statistisk sentralbyrå (SSB) kommer alle Norges kommuner i 2050 til å ha en eldre befolkning enn i dag. Økt forventet levealder kombinert med stor fraflytting av unge personer vil

bidra til forholdsmessig sterk aldring av befolkningen særlig i distriktene. De minst sentrale kommunene kan ende opp med en befolknings sammensetning hvor en fjerdedel er 70 år eller eldre i 2050. I noen kommuner vil de eldre utgjøre en tredjedel av befolkningen.

### **1.3 ALDRING, TID OG STED**

Spørsmålet om hva som er et aldersvennlig samfunn, kan trolig ikke besvares med referanse til et ensartet fenomen. Det vil være avhengig av hvilke deler av eldrebefolkningen vi snakker om, og hvilke steder vi undersøker. Koronapandemien vil dessuten ha ulike konsekvenser, alt etter hvilken gruppe av eldre vi ser på. Aldring som fenomen er uløselig knyttet til *steder* (Buffel & Phillipson, 2018; Skinner, 2014; Skinner, Andrews, & Cutchin, 2018b; Skinner, Cloutier, & Andrews, 2015; Skinner & Hanlon, 2016). En unyansert forståelse av aldring blir lett fordomsfull og underkjenner Eldres ulike kompetanser, og er lite fruktbare som grunnlag for å vurdere eller planlegge aldersvennlige samfunn (Sudmann 2017). I tråd med disse innsiktene har det i dette forskningsoppgavet vært viktig å få frem hvilke konsekvenser pandemien har hatt for eldre i fire ulike kommuner.

Ruralitet og urbanitet er viktige begreper når kommunale variasjoner skal beskrives (Berg & Lysgård, 2004), noe som også gjelder alderdom og tilrettelegging for behovene til en aldrende befolkning (Bliksvær m.fl. 2021). Forskere har pekt på at ruralitet er særlig relevant for å forstå aldring og alderdom i vår tid, fordi eldre mennesker i økende grad er overrepresentert i rurale områder (Buffel & Phillipson, 2018; Skinner et al., 2018a). Mange eldre velger seg steder å bo på som kan ivareta det livet de ønsker seg i de siste fasene av livet. Slike valg kommer til uttrykk i fenomener som «bolig nummer to» (for eksempel hytte ved sjøen), eller som samlinger av eldre i «eldrelandsbyer» i for eksempel sydlige strøk (Buffel & Phillipson, 2018).

### **1.4 ALDRING OG LIVSKVALITET**

Selv om Norge regnes som et lite land med en homogen befolkning og en utjevnet velferdsstat, har forskning vist at det er forholdsvis store forskjeller i livskvalitet mellom kommuner og bydeler (Meld St 15, 2017-2018; Slagsvold & Daatland, 2006). Ulike kvaliteter ved ulike steder kan slå ulikt ut på levevilkår, og også påvirke hvilke konsekvenser kriser som koronapandemien får. I rurale områder med lange geografiske avstander og et dårlig kollektivtilbud kan muligheten for å bli boende i egen bolig eller til å delta i aktiviteter, være avhengig av at man har bil eller kan kjøre bil. Samtidig er det andre kvaliteter, som et godt sosialt samhold og et gjennomsluttig samfunn, som i rurale områder kan tenkes å kompensere for lavere mobilitet. Undersøkelser viser at andelen som har familie, venner eller naboer som kan spørres om praktisk hjelp, er noe større i spredtbygde enn i tettbygde og urbane strøk (Bliksvær m.fl. 2020). Det viser seg samtidig at det er små forskjeller når det gjelder tilgang til noen å spørre til råds. Storbyer kan også ha tette naboskap, høy gjensidig tillit og høy grad av trivsel og trygghet.

Levealder og helse er i stor grad påvirket av miljøbetingelser, som levekår, livsstil, sosiale relasjoner og helsetjenester (Otnes, 2017). Helse og familie ses av både unge og eldre som det viktigste for livskvaliteten, og de materielle levekårene kommer i andre eller tredje rekke, kanskje til dels fordi den materielle velstanden er såpass god i dagens Norge. Seks av ti 80-åringer vurderer sin egen helse

som god eller svært god (Otnes, 2017). Samtidig som dekning av Eldres fysiske behov vurderes som relativt god, har forskning vist at ivaretagelsen av sosiale behov – det vil si tiltak som kan forebygge ensomhet og sosial isolasjon – er svakere (Munkejord, Schönfelder, & Eggebø, 2018).

## **1.5 PROBLEMSTILLINGER OG TEMATISK INNTAK**

Formålet med studien var tosidig: For det første skulle den belyse hvordan koronapandemien og følgene av den, kan sies å påvirke det langsiktige arbeidet med å følge opp strategien for et aldersvennlig samfunn. Her er to kategorier av aktører av særlig interesse: kommuner og sivilsamfunn (frivillige lag og foreninger, nabolag mm). I tillegg var det aktuelt å se på i hvilken grad private aktører har vært involvert. For det andre var det et mål å bruke kunnskapen til å trekke ut erfaringer og lærdommer som kan være verd å bygge på videre. Ikke minst, er følgende spørsmål viktig: Har koronakrisen bidratt til nye syn på aldring og et aldersvennlig samfunn?

Disse overordnede spørsmålene har vi konkretisert i tre sett med forskningstemaer som igjen er konkretisert i spesifikke problemstillinger knyttet til hvert tema.

### **1.5.1 KOMMUNENES ARBEID MED ALDERSVENNLIGE SAMFUNN UNDER EN PANDEMI**

Innen helse- og omsorgssektoren er mye av virksomheten tradisjonelt hierarkisk styrt, gjennom rundskriv, retningslinjer og regelverk. Forskning har vist at slike standardprosedyrer tenderer til å bli brukt i tidlige faser i krisesituasjoner (Allison & Zelikov, 1999; Moynihan, 2008), og at de etter hvert kan bli utilstrekkelige og føre til ny eller forsterket krise, eller til at arbeidsprosedyrer kan bli endret eller fornyet. Kriser er med andre ord samtidig kilder til brukerinnovasjon eller medarbeiderdrevet innovasjon (Holmen & Ringholm, 2019), der profesjonelle vil skape eller lete etter nye løsninger (Franke & Luthje, 2020; Hansen, 2019; von Hippel, 1998, 2005). Diffusjon av idéer og muligheter for at nye løsninger skal oppstå, er videre påvirket av flere forhold, som størrelse på og egenskaper ved organisasjoner og nettverk (Granovetter 1983, Hansen og Viladsen 2017, Rogers 2003), og av krisers type og alvorlighetsgrad (Filippetti et al., 2010; Svava, 2013). Det finnes imidlertid lite kunnskap om hvordan organisatorisk læring, brukerinnovasjon og spredning av ideer og løsninger foregår under pandemikriser, og hva som påvirker organisasjoners evne til å møte utfordringene som oppstår.

Et sentralt spørsmål i oppdraget er hvordan ulike kommuner har taklet koronautbruddet så langt, og hvilke lærdommer og erfaringer som kan være viktige å ta vare på i arbeidet med å realisere strategien for et aldersvennlig samfunn. Helsedirektoratet ønsket blant annet svar på følgende:

- Har koronapandemien utfordret kommunenes omsorgskapasitet knyttet til hjemmeboende og selvhjulpne eldre eller har kommunene erfart at de har håndtert dette på en god måte?
- Er det forskjeller i hvordan sentrale kommuner og distriktskommuner er rustet for og håndterer utfordringene, og hvordan taklet ulike kommuner utfordringene?
- Påvirker pandemien og samfunnets tiltak for å slå ned pandemien hvordan kommunene ser for seg arbeidet videre med aldersvennlig samfunn?



### **1.5.2 SIVILSAMFUNN, FRIVILLIGHET OG NÆRINGSLIV – ET SIKKERHETSNETT?**

Aldersforskere har pekt på betydningen sivilsamfunn og frivillig sektor har for å fylle hullene i velferds- og omsorgssystemene (Skinner & Hanlon, 2016). Det har vært en tendens til å tro at behovet for sivilsamfunn som supplement til offentlige tjenester er mindre i rurale områder fordi innbyggere i distrikter har større sosiale familienettverk. Hanlon og medforfattere (2016) tilbakeviser dette delvis som en myte uten empirisk støtte, og hevder at behovet for sivilsamfunnet er stort i rurale områder fordi det er vanskelig å opprettholde gode omsorgstjenester på grunn av liten befolkning og vansker med å rekruttere omsorgspersonell.

Tilgang til sosiale møtesteder og til arenaer hvor man kan drive meningsfylte aktiviteter er avgjørende for å kunne realisere målsetningene i strategien for et aldersvennlig samfunn. Møtesteder i nærmiljøet har fått en viktigere rolle under koronaepidemien som en følge av anbefalinger om ikke å bruke offentlig transport og begrensede muligheter for å dra andre steder. En studie av nederlandske bymarkeder under koronakrisen viste f.eks. at markedene bortimot døde som offentlig rom i noen tilfeller, og fikk en nedstripping av sosiale funksjoner i andre (van Eck, van Melik, & Schapendonk, 2020) (Rijksoverheid, 2020). Et viktig spørsmål blir hvordan man kan organisere sosiale møtesteder som ikke er sårbare for smitteproblemer og står i fare for å måtte stenge – nettopp i tider hvor det er størst behov for dem. Følgende spørsmål er sentrale:

- Har pandemien ført til at lokalt næringsliv, frivillige organisasjoner og sivilsamfunn utviklet nye løsninger for å løse viktige oppgaver – som for eksempel hjemlevering av varer og tjenester?
- Har flere hjulpet naboer, og er det forskjell på slike tiltak i urbane og rurale strøk?
- Kan mulighetene som eksisterer for å skape digitale arenaer, utnyttes bedre?
- Kan sosiale arenaer vedlikeholdes slik at de ikke forringes i perioder med nedstengninger?

### **1.5.3 KONSEKVENSER AV PANDEMIEN FOR HJEMMEBOENDE ELDRES LIVSKVALITET**

Koronautbruddet og samfunnets måte å møte det på, reiser nye spørsmål om hva et aldersvennlig samfunn kan og bør være. Men det kan også være viktig, i en situasjon der løsninger i stor grad blir til underveis og der noen av de kanskje skal bli varige, å stille noen mer åpne og kritiske spørsmål ved utilsiktede sider og konsekvenser ved strategien og virkemidlene i strategien for et aldersvennlig samfunn. Idealet om vellykket aldring og aktiv aldring har – som de fleste politiske idealer – en normativ side. De representerer en normativ modell for hva det er å aldres på en god måte, og er nært knyttet til ideer om individuell uavhengighet som et gode, om produktivitet, selvhjelpenhet og det individuelle selv som et prosjekt (Andrews 2003, Lamb, 2014; Sudmann, 2017). Et spørsmål i forlengelse av en slik betraktning, er om slike idealer eksempelvis kan bidra til et sosialt press i retning av å skulle klare seg selv og å være aktiv, og hvor det ikke er sosialt akseptert å skulle ha et ønske om å bli værende hjemme alene, hvor ensomhet – noe enkelte eldre faktisk selv av og til ønsker – utelukkende blir noe negativt (Mikkelsen, 2016). Innenfor denne tematikken belyses følgende spørsmål:

- I hvilken grad har koronaepidemien ført til større grad av ensomhet eller redusert livskvalitet blant eldre hjemmeboende?
- Hvordan takler eldre selv tilværelsen med mindre direkte sosial kontakt som følge av koronautbruddet?

- Hvilke strategier og metoder har eldre selv tatt i bruk for å dekke sine behov for sosial kontakt?
- Hvilken betydning har sosiale nettverk med familie og nære venner hatt?
- Hvilken rolle spiller ulike sosiale og digitale nettverk for å motvirke ensomhet og klarer de fleste å nyttiggjøre seg de nye mulighetene? Virker digitale verktøy fremmende eller hemmende på mulighetene for aktivitet og deltakelse?
- Har pandemien fått forskjellige konsekvenser for forskjellige grupper eldre? Er det forskjeller mellom dem som bor i distriktskommuner og i sentrale strøk, mellom ulike sosiale lag, mellom kvinner og menn, mellom de med og uten familie og etter andre relevante parameter?

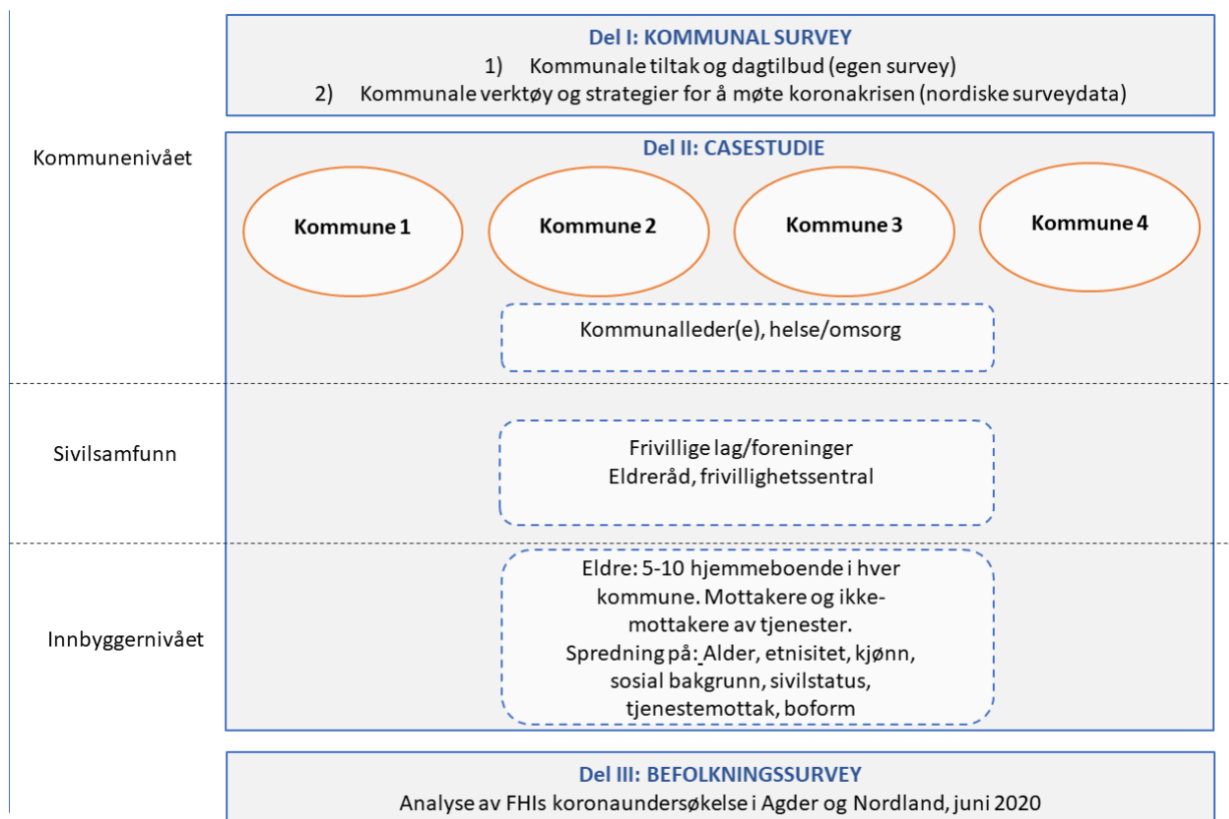
## **1.6 KORT OM RAPPORTEN**

Den metodiske tilnærmingen og datagrunnlaget for rapporten presenteres i kapittel 2. Der gjør vi rede for både valg av forskningsdesign og fremgangsmåte i datainnsamlingen. I kapittel 3 presenteres resultater fra to kommunale surveyer. Den ene er en kartlegging av tiltak for hjemmeboende eldre som er gjennomført som en del av dette prosjektet, mens den andre er en norsk del av en nordisk survey om kommunale lederes oppfatninger og vurderinger av koronakrisen og hvordan den har vært taklet med tanke på smitte og smitteforebygging. Resultater fra den mest omfattende delen av studien, som er en casestudie i fire geografiske områder, går frem av kapittel 4. Det siste resultatkapitlet (kapittel 5) er basert på analyser av et utvalg spørsmål fra Folkehelseinstituttets koronaundersøkelse i Agder og Nordland. Kapittel 6 gir en sammenfattende oppsummering og diskusjon av de viktigste resultatene fra studien.

## 2 METODISK TILNÆRMING

### 2.1 ET TREDELT FORSKNINGSDESIGN

I denne studien har vi valgt et forskningsdesign som får frem bredde og dybde i erfaringer, fra ulike ståsteder i norske kommuner, det vil si fra et tjenesteperspektiv så vel som fra et innbyggerperspektiv. I den delen av studien som gir breddeinnsikt, inngår data fra tre spørreskjemaundersøkelser (Del I og Del III). To av disse undersøkelsene er landsdekkende studier av hjemmebaserte tjenester, hvor det ene datasettet er samlet inn spesielt for dette prosjektet. Data fra den tredje kvantitative studien stammer fra Folkehelseinstituttets befolkningsundersøkelse i to fylker. Utdypende erfaringer fra et tjenesteståsted og fra et innbyggerståsted fanges opp i casestudier i fire kommuner lokalisert i ulike deler av landet. Figuren nedenfor viser hovedtrekkene i de tre delene som studien består av.



Figur 1 Visuell fremstilling av design

### 2.2 DEL 1: TO KOMMUNALE SURVEYER

#### 2.2.1 SURVEY 1: KOMMUNALE TILTAK OG STRATEGIER FOR HJEMMEBOENDE ELDTRE

For å kartlegge tiltak for hjemmeboende eldre som har relevans for strategien for et aldersvennlig samfunn, gjennomførte vi en survey i norske kommuner tidlig i oktober i 2021. Her rettet vi oppmerksomheten mot erfaringer fra hele periode frem til rundt ett og et halvt år etter at

koronakrisen traff Norge. På dette tidspunktet var det grunn til å tro at eventuelle nye løsninger og praksiser hadde tatt form. Mange har også høstet erfaringer med hva som fungerer godt eller dårlig etter at tiltak har vært forsøkt over en lengre tidsperiode. Foreløpige resultater fra casestudien ble lagt til grunn for utformingen av spørreskjemaet. Undersøkelsen ble rettet inn mot ledere av hjemmebaserte tjenester, og det ble lagt vekt på å gjøre spørreskjemaet så kort som mulig for å unngå for stor belastning på dem som skulle svare i en travel arbeidshverdag. Spørsmålene handlet blant annet om hvilke tiltak som hadde blitt satt i verk overfor hjemmeboende eldre for å begrense smittespredning; om tjenester hadde blitt utført på nye måter, eventuelt hvilke; om det er utkrystallisert nye måter å samarbeide på, eventuelt hvilke, og om generelle konsekvenser av måten koronapandemien hadde blitt håndtert både i egen tjeneste og i forbindelse med kommunens dagtilbud til eldre.

Undersøkelsen ble gjennomført elektronisk i Nettskjema, og distribuert som lenke via e-post som ble sendt til postmottak i alle kommunene. Vi vet derfor ikke hvor mange ledere som totalt sett fikk invitasjon til å delta i studien, men etter én påminnelse kom det inn svar fra 178 ledere. Svarfordeling etter kommunestørrelse og fylke, går frem av tabellene nedenfor. Det er en bred fordeling av utvalget på ulike kommunestørrelser blant de som deltok i undersøkelsen, med omkring halvparten (47 prosent) fra kommuner med færre enn 5000 innbyggere og halvparten (52 prosent) fra kommuner som har 5000 eller flere innbyggere. Svarene fordeler seg også på alle fylker i hele landet.

**Tabell 1 Hvor mange innbyggere er det i din kommune/bydel? (N=178)**

	<b>Antall</b>	<b>Prosent</b>
Under 1500	20	11,2
1500-2499	25	14,0
2500-4999	38	21,3
5000-9999	35	19,7
10.000-19.999	25	14,0
20.000-49.999	17	9,6
50.000 eller flere	16	9,0
Missing	2	1,1

**Tabell 2 I hvilket fylke ligger kommunen hvor du er ansatt? (N=178)**

	<b>Antall</b>	<b>Prosent</b>
Troms og Finnmark	14	7,9
Nordland	17	9,6
Trøndelag	15	8,4
Møre og Romsdal	10	5,6
Vestland	28	15,7
Rogaland	14	7,9
Agder	8	4,5
Vestfold og Telemark	10	5,6
Viken	26	14,6
Oslo	8	4,5
Innlandet	28	15,7

## **2.2.2 SURVEY 2: FOREBYGGING OG HÅNDTERING AV KORONAPANDEMIEN I KOMMUNAL ELDREOMSORG**

Kommunale ledes oppfatninger og vurderinger av koronakrisen og hvordan den har vært taklet med tanke på smitte og smitteforebygging, kommer også frem i data fra en survey i fire nordiske land, hvor Nordlandsforskning har hatt ansvar for den norske delen. Data ble samlet inn i oktober 2020, og inneholdt spørsmål om hvordan enhetsledere i kommunal eldreomsorg (inkludert hjemmebaserte tjenester) håndterer smittevern og forebygging, om arbeidsrutiner eventuelt er endret og om det har blitt skapt nye rutiner i det daglige arbeidet. Data fra denne surveyen supplerer og fyller ut data fra Survey 1.

Undersøkelsen ble gjennomført som en nettbasert spørreskjemaundersøkelse, og invitasjonene til å delta ble sendt via postmottak til kommunalleder for helse og omsorg, som ble bedt om å videresende invitasjonen til alle enhetsledere innen institusjonsbasert eldreomsorg og hjemmebaserte tjenester i kommunen. Den norske delen av undersøkelsen mottok svar fra i alt 350 ledere, hvorav 212 har besvart hele skjemaet, mens 138 har fylt ut deler av skjemaet. I alt 272 av de 350 lederne har oppgitt hvilken kommune de tilhører, og disse representerer i alt 147 kommuner. Det høyeste antall enkelt svar fra én kommune er 15, mens gjennomsnittet er 1,9 svar per kommune som har respondert. Vel en tredjedel av dem som har svart, er enhetsleder for en avdeling, mens de andre to tredjedelene er ledere på nivået over (soneleder/sectorleder/-sjef eller lignende). Noen få har svart at de er konstituert leder, stedfortredende rådgivere, kommunedirektør og lignende. I det samlede utvalget oppga 25 prosent at de er leder for hjemmebasert tjeneste, og det er i hovedsak svar fra denne gruppen som er analysert her. Ni av ti fylker (unntaket er Oslo) er representert blant lederne i utvalget samlet sett, og 44 prosent tilhører de to minst sentrale kommunetypene og 56 prosent mellomsentrale eller sentrale kommunetypene etter SSBs kommuneklassifisering. Kommunestørrelsen varierer fra under 400 innbyggere i den minste til over 200 000 i den største. Vi har delt variabelen kommestørrelse i en ny firedelt variabel, som deler kommunene i omtrent fire like store grupper: under 3000 innbyggere, 3000 til 10 000 innbyggere, 10 000 til 30 000 innbyggere, og over 30 000 innbyggere.

## **2.3 DEL 2: CASESTUDIER**

Del 2 av studien består av en kvalitativ casestudie i fire kommuner. Et slikt metodisk inntak gjør det mulig å undersøke komplekse empiriske sammenhenger innenfor forskjellige kontekster (Flyvbjerg 2011, Yin 1994). I denne studien handlet det om å studere hvordan konsekvenser, tiltak og løsninger i tilknytning til koronapandemien, utvikles i et samspill mellom det kommunale, det frivillige og det individuelle nivået. Det var i tillegg viktig å få frem hvilke konsekvenser koronakrisen har hatt med tanke på å skape et aldersvennlig samfunn i ulike kommunale kontekster, og hva som må til for at eldre erfarer eget lokalsamfunn som aldersvennlig. Gjennom en kvalitativ tilnærming har det vært mulig å få frem både varierte og nyanserte erfaringene i tillegg til utdypende beskrivelser. I en slik undersøkelse er det ikke representativitet i statistisk forstand som er det sentrale siktemålet, men erfaringsrikdom og nyanser innenfor aspekter som trer frem.

### **2.3.1 VALG AV CASEOMRÅDER**

Utvalget av caseområder ble gjort strategisk med sikte på å få frem nyanser langs antatt viktige dimensjoner. For blant annet å få et innblikk i hvordan ulike strukturelle forhold kan ha hatt betydning for koronakrisens innvirkning på arbeidet med å realisere aldersvennlige samfunn, brukte vi et prinsipp kalt «contrasting cases» (Silverman 1993). Det vil si at vi valgte kommuner med variasjon i befolkningsstørrelse, befolknings sammensetning (blant annet etnisk sammensetning), urbanitetsgrad, geografisk lokalisering og smittesituasjon med tanke på erfaring med henholdsvis mye og lite smitte.

### **2.3.2 VALG OG REKRUTTERING AV INFORMANTER**

I hvert caseområde ble det valgt informantgrupper som kunne belyse problemstillingene for oppdraget. Det vil si ledere innenfor hjemmebaserte tjenester; frivillighetskoordinator; representanter for frivillige organisasjoner og Eldrerådet; hjemmeboende eldre med og uten hjemmebaserte tjenester, og pårørende til hjemmeboende eldre med demenssykdom, enten ektefelle eller barn.

Hjemmeboende eldre ble rekruttert på litt forskjellige måter i de fire caseområdene. Alle som var brukere av hjemmetjenester, ble kontaktet av ansatte i tjenesten og spurt om de kunne tenke seg å delta i studien. Gruppen som *ikke mottar* hjemmebaserte tjenester, ble rekruttert via «snøballmetode» (Andrews og Vassenden 2007) med representanter for Eldrerådet, frivillige organisasjoner og frivillighetssentral som førstekontakt til én eller flere. På denne måten fikk vi et utvalg på til sammen 32 personer med og uten tilbud om hjemmebaserte tjenester, i alderen fra 61 til 91 år, med variasjon i kjønn, sosioøkonomisk bakgrunn, familieforhold, boforhold (enehus, flerhus, enebolig, leilighet, sentralt og perifert i kommunen), og i etnisk bakgrunn. I tillegg ble syv pårørende, barn eller ektefeller, til personer med demenssykdom rekruttert via frivillige organisasjoner.

Representanter for frivillige organisasjoner ble inkludert i studien fordi deres innsats er et vesentlig bidrag innenfor helse- og omsorgssektoren, og de legger ned et betydelig antall årsverk samlet sett (Jacobsen m.fl. 2020). Dagens koronasituasjon har imidlertid gjort denne typen virksomhet særlig krevende. Til denne studien ble det rekruttert representanter fra forskjellige organisasjoner alt etter hvem som hadde tilbud til hjemmeboende eldre i de forskjellige caseområdene. Innenfor rammen av denne studien var det ikke mulig å intervjuere representanter fra alle aktuelle frivillige organisasjoner i hvert caseområde. Vi forsøkte derfor å få med mest mulig bredde i representasjonen totalt sett. I det endelige utvalget er følgende representert: Røde Kors, Nasjonalforeningen for folkehelsen, Norsk Folkehjelp, Pensjonistforbundet, pensjonistforening, pårørendeforening og Frivillighetssentralen. I tillegg ble representanter for Eldrerådet intervjuet.

### **2.3.3 GJENNOMFØRING**

Casestudien ble gjennomført i perioden fra mars til oktober i 2021. Den pågående pandemien satte noen rammer for fremgangsmåten i den forstand at direkte ansikt-til-ansikt-møter mellom forsker og informant, som ofte øker kvaliteten på intervjuene, ikke kunne velges. I tråd med både nasjonale og lokale anbefalinger knyttet til smittevern, ble intervjuene gjennomført enten per telefon eller via Teams.

Intervjuene hadde en åpen, tematisk form. Dette ga informantene anledning til å beskrive egne erfaringer og samtidig utdype eksempler (Spradley 1979), enten det var snakk om dagligliv innenfor de eldres private arenaer eller arbeidet i hjemmebaserte tjenester for eldre i perioden med koronapandemi. Det ble utarbeidet intervjuguider rettet inn mot hver enkelt informantgruppe til bruk som sjekkliste for å sørge for at alle spørsmålene som er relevant for studien, ble besvart. Intervjuene hadde en varighet på mellom 30 og 90 minutter. Intervjuene ble gjennomført enten med eller uten lydopptak, og det ble tatt grundige notater som ble skrevet ut i ettertid. Lydopptakene ble delvis transkribert.

## **2.4 DEL 3: ANALYSE AV FOLKEHELSEINSTITUTTETS KORONAUNDERSØKELSE**

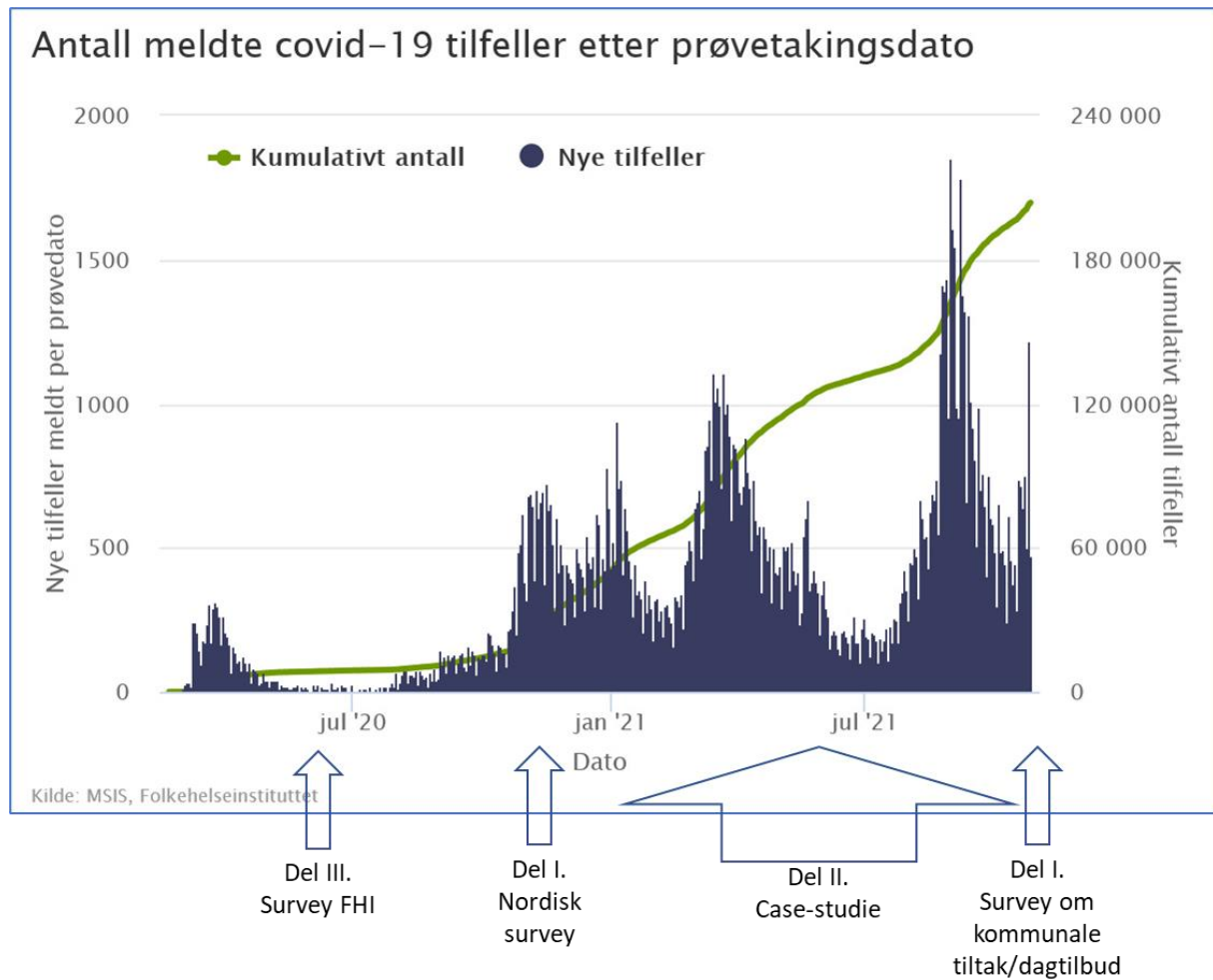
For å få et bredere innblikk i konsekvenser av koronautbruddet for ensomhet og livskvalitet, har vi brukt Folkehelseinstituttets (FHIs) koronaundersøkelse som ble utført i juni 2020. Denne undersøkelsen handlet om livskvalitet, reaksjoner på koronapandemien, smittevernsatferd, bruk av helsetjenester og andre forhold under pandemien. Spørreskjemaet ble sendt til utvalg i to fylker, Agder og Nordland. Disse to fylkene ble valgt fordi det da var mulig å sammenlikne svarene med resultater fra fylkeshelseundersøkelsene i september 2019 (Agder) og januar 2020 (Nordland), altså før koronaepidemien.<sup>1</sup> Deler av dette datasettet ga mulighet til å se på utvalgte spørsmål om livskvalitet og subjektivt opplevd helse, og om disse varierer etter faktorer som bosted, sosial bakgrunn, kjønn og alder, og om dette har endret seg registrerbart i den ene eller andre retningen i løpet av den tiden som hadde gått etter at koronaepidemien traff Norge. I denne rapporten har vi først og fremst konsentrert oss om resultater som gjelder innbyggere i alderen fra 65 år og oppover.

## **2.5 STATUS FOR KORONAPANDEMIEN UNDER GJENNOMFØRING AV STUDIEN**

Koronapandemien i Norge og mange andre land utviklet seg i faser, og blant annet pendlet mellom innstramminger og lettelser i smitteverntiltak, og høy og lav smitteutbredelse. På det tidspunktet koronaundersøkelsen fra FHI ble gjennomført (juni 2020), hadde smitten vært på kraftig vei nedover og nærmet seg sitt laveste som var omkring juli (fhi.no). På dette tidspunktet var det også en del distriktskommuner som enda ikke hadde hatt egne smittetilfeller, men disse gjennomførte likevel anbefalte eller pålagte smitteverntiltak. Det er altså grunn til å tro at situasjonen for mange i juni 2020 var preget av en viss grad av optimisme etter noen tøffe måneder med smitteverntiltak gjennom våren. Dette må ta hensyn til når vi tolker tallene både fra FHIs koronaundersøkelse og fra den norske delen av den nordiske surveyen, som ble gjennomført i oktober 2020. Vi vet samtidig at mulighetene til sosial kontakt ble forverret for mange på grunn av smittevernestriksjoner og stengning av sosiale arenaer, og at disse ikke nødvendigvis ble åpnet opp selv om smittetallene var lave. Vi vet også at felles ytre trusler som koronakrisen, for mange kan virke samlende. Gamle konflikter skinlegges, og sosiale relasjoner innad i gruppen blir sterkere.

---

<sup>1</sup> FHI gjennomførte en ny koronaundersøkelse i november 2020, men vi har ikke hatt tilgang til i denne.



## 2.6 FORSKNINGSETISKE HENSYN

Prosjektet ble rutinemessig meldt til Norsk senter for forskningsdata (NSD) for vurdering, og i gjennomføringen har EUs personvernforordning (the General Data Protection Regulation/GDPR) blitt fulgt, i tillegg til gjeldende etiske retningslinjer for forskning (jfr. Nasjonal forskningsetisk komité for humaniora og samfunnsvitenskap). Deltakerne i studien har blitt gjort oppmerksom på at deltakelse er frivillig, at alle opplysninger ville bli behandlet konfidensielt og anonymisert, at det var mulig å trekke seg når som helst uten begrunnelse og uten konsekvenser, og at de kunne la være å svare på spørsmål de ikke ønsker å besvare. Alt datamateriale har kun vært tilgjengelig for forskerne i teamet. Resultater fra casestudien er presentert på en slik måte at det ikke skal være mulig å gjenkjenne enkeltpersoner.



# 3 KOMMUNALE VERKTØY OG STRATEGIER I MØTE MED KORONAPANDEMIEN

## 3.1 INNLEDNING

Dette kapitlet viser resultater fra to undersøkelser om kommunale verktøy og strategier innenfor helse- og omsorgssektoren i perioden med koronapandemi. Den første undersøkelsen (Survey 1) ble gjennomført for formålet med denne studien, mens den andre (Survey 2) er en nordisk undersøkelse fra senhøsten 2020 rettet inn mot ledere i kommunal eldreomsorg (institusjonsbasert og hjemmebasert) og deres håndtering av pandemien i sine organisasjoner. Den sistnevnte undersøkelsen kartla hvordan lederne oppfattet og definerte problemer og problemløsninger knyttet til pandemien og smittevern, hvordan arbeidsrutiner eventuelt ble endret, og om deres vurderinger av organisasjonen og mulighet til å nå sentrale målsetninger innen eldreomsorgen under pandemien.

Til tross for noen begrensninger ved den nordiske studien, som vi kommer inn på nedenfor, kan datamaterialet belyse hvordan pandemien ble erfart, omfang av smitte, hvilke organisatoriske tiltak som ble satt i verk og erfaringene med disse på det tidspunktet da undersøkelsen ble gjennomført.

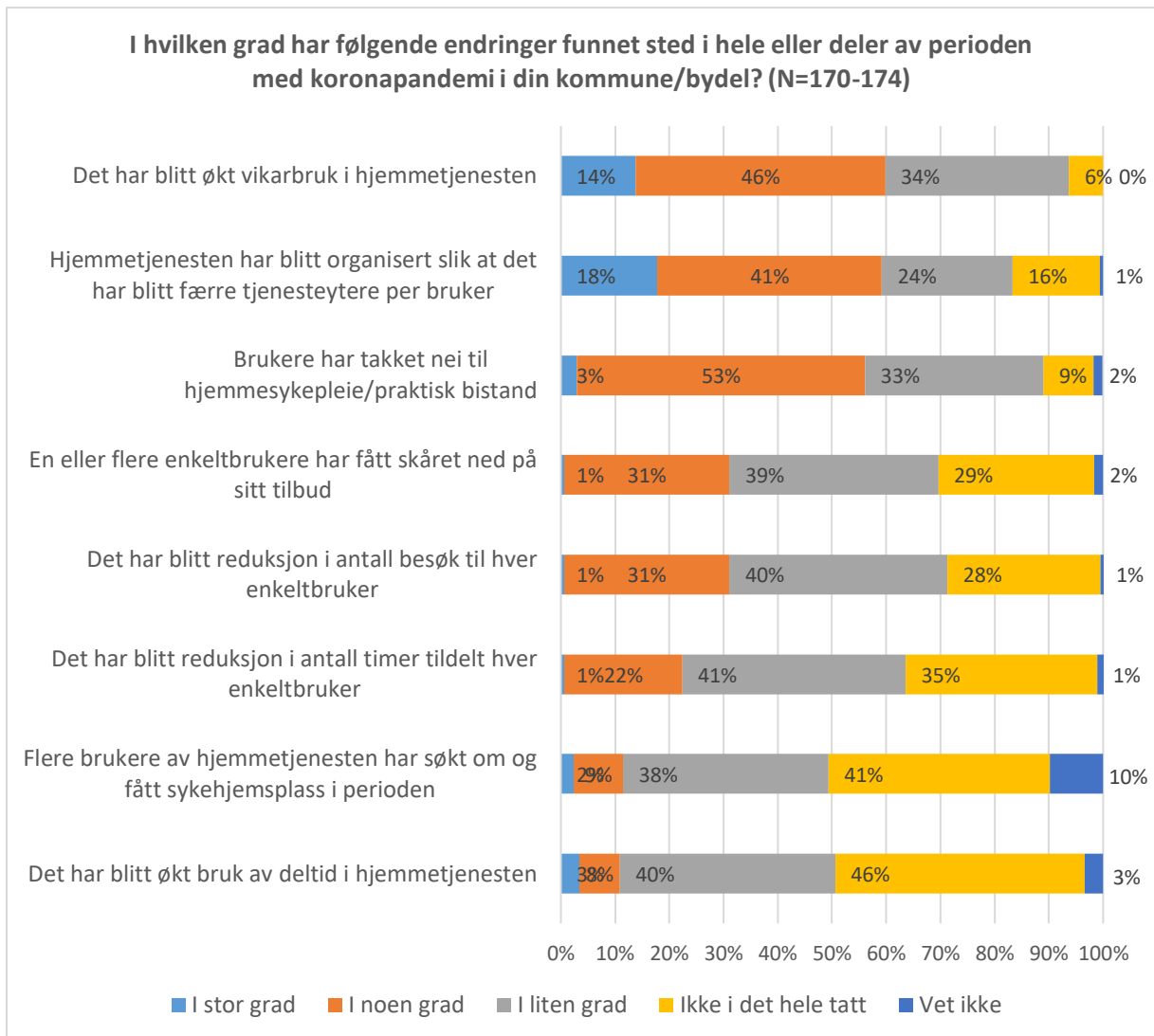
## 3.2 HJEMMEBASERTE TJENESTER OG DAGTILBUD (SURVEY 1)

Datainnsamlingen ble gjennomført i oktober 2021, og rettet oppmerksomheten mot tilbud fra kommunens tjenester til eldre hjemmeboende personer med og uten demenssykdom. Spørreskjemaet ble adressert til leder for hjemmebaserte tjenester i hver kommune. Hjemmebaserte tjenester er organisert på forskjellige måter i landets kommuner. I noen kommuner vil derfor skjemaet være besvart av én person, mens i andre kommuner, med flere likestilte ledere for hjemmebaserte tjenester, vil skjemaet kunne være besvart av flere.

### 3.2.1 ENDRINGER I HJEMMEBASERTE TILBUD

Når det gjelder endringer i hjemmebaserte tjenester, viser neste figur at de aller fleste hadde skåret ned på tilbudet til hjemmeboende eldre i perioden. Både antall besøk og antall timer til hver enkelt bruker har vært redusert, med antall besøk redusert i noe større grad enn antall timer. Tre av ti oppgir at de ikke har skåret ned på tilbudet. De fleste lederne (seks av ti) oppgir imidlertid at hjemmebaserte tjenester har blitt organisert slik at det har blitt færre tjenesteytere per bruker. Godt og vel halvparten har også erfart at brukere i stor eller noen grad har takket nei til hjemmesykepleie eller praktisk bistand. Kun en av ti ledere har ikke erfart dette. Rundt halvparten har dessuten erfart at flere brukere, i varierende grad, har søkt om og fått plass i sykehjem i denne perioden.

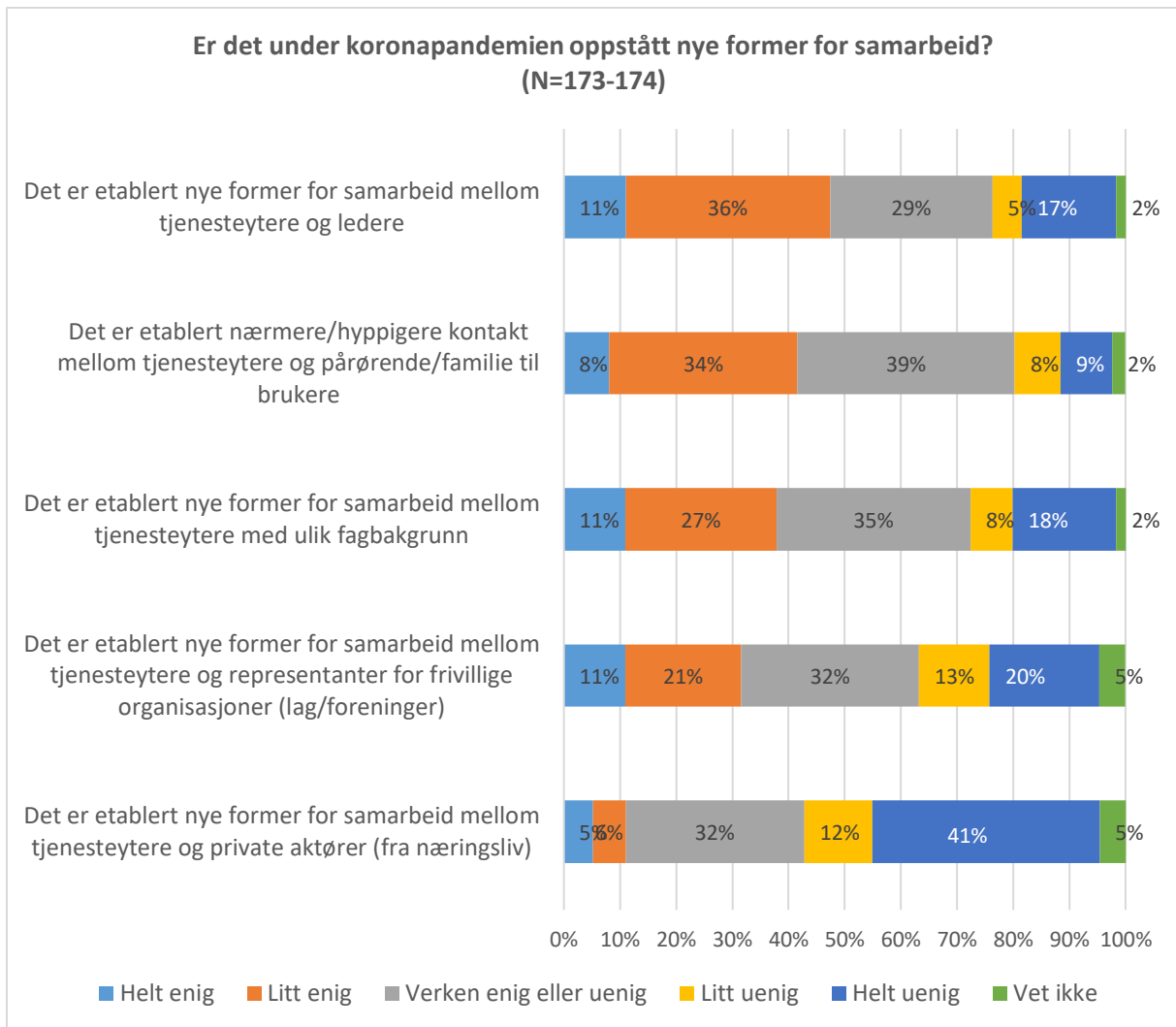
Figuren viser ellers at økning i vikarbruk i hjemmebaserte tjenester har vært utbredt under pandemien. Seks av ti ledere har erfart dette i stor eller noen grad, men kun en av ti svarer at det har blitt økt bruk av deltid i tjenesten.



Figur 2 I hvilken grad har følgende endringer funnet sted i hele eller deler av perioden med koronapandemi i din kommune/bydel?

### 3.2.2 HAR DET OPPSTÅTT NYE FORMER FOR SAMARBEID?

Når vi spør om nye former for samarbeid, tyder svarene på at dette er noe som først og fremst gjelder internt i tjenesten, mellom ledere og ansatte. Nesten halvparten oppgir dette. Det er også relativt mange, fire av ti, som gir uttrykk for at det er etablert hyppigere kontakt med tjenesteytere og pårørende eller familie til brukere. Samarbeid mellom tjenestene og frivillige organisasjoner og private aktører, er langt sjeldnere, henholdsvis 32 prosent og 11 prosent oppgir dette.

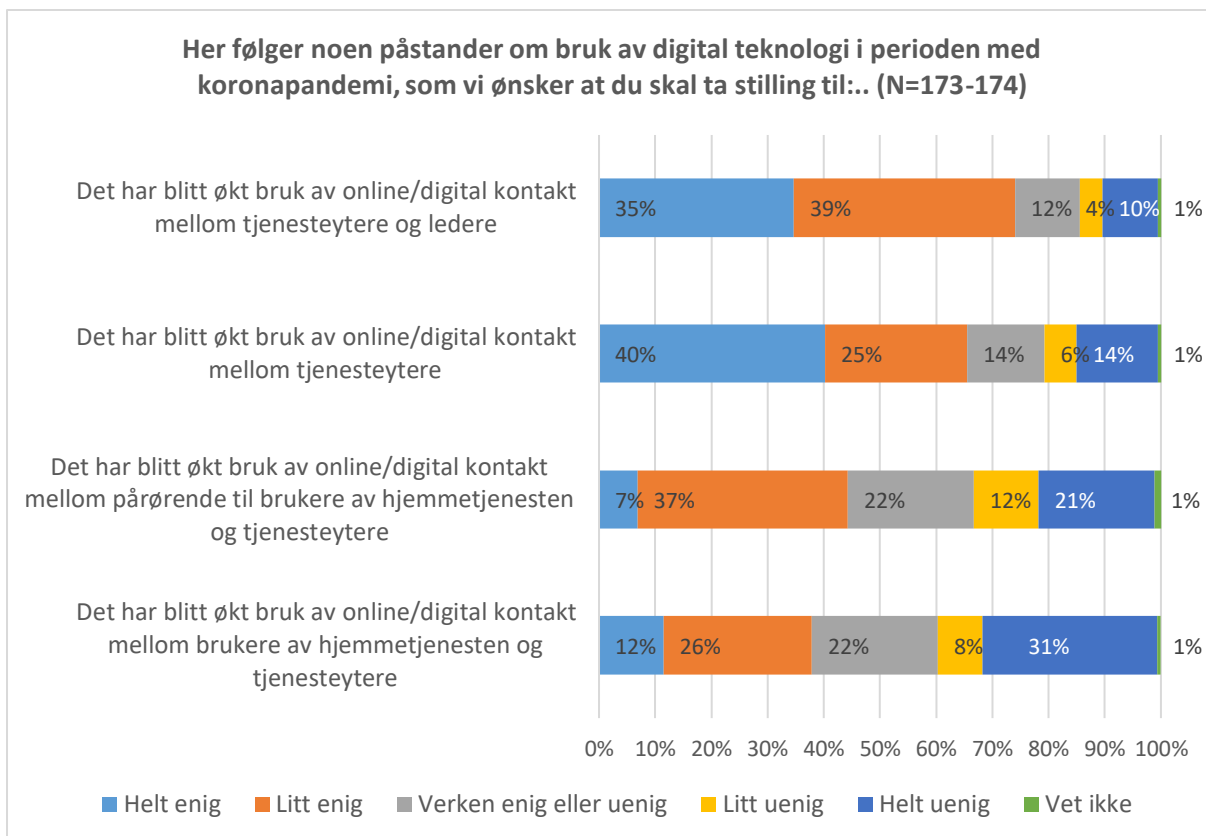


Figur 3 Er det under koronapandemien oppstått nye former for samarbeid?

I et oppfølgingsspørsmål ba vi lederne som ga uttrykk for at det var etablert nye former for samarbeid, om å nevne ett eller flere eksempler. I alt 74 ledere benyttet seg av denne muligheten. Av eksemplene som nevnes ofte, er frivillige aktører og frivillighetssentralen som har bistått eldre hjemmeboende blant annet med å gå på tur og til innkjøp av dagligvarer. Også private aktører eller næringsliv har levert varer hjem til privatadresser, men dette nevnes sjeldnere. Bedre samarbeid med andre deler av helsetjenesten tas også opp av flere. Det samme gjør økt bruk av digitale møter og digital samhandling, som oftest innenfor tjenesten og med samarbeidspartnere. I tillegg nevnes økt samarbeid med pårørende, som «stiller opp» oftere enn før.

### 3.2.3 OM TEKNOLOGIBRUK

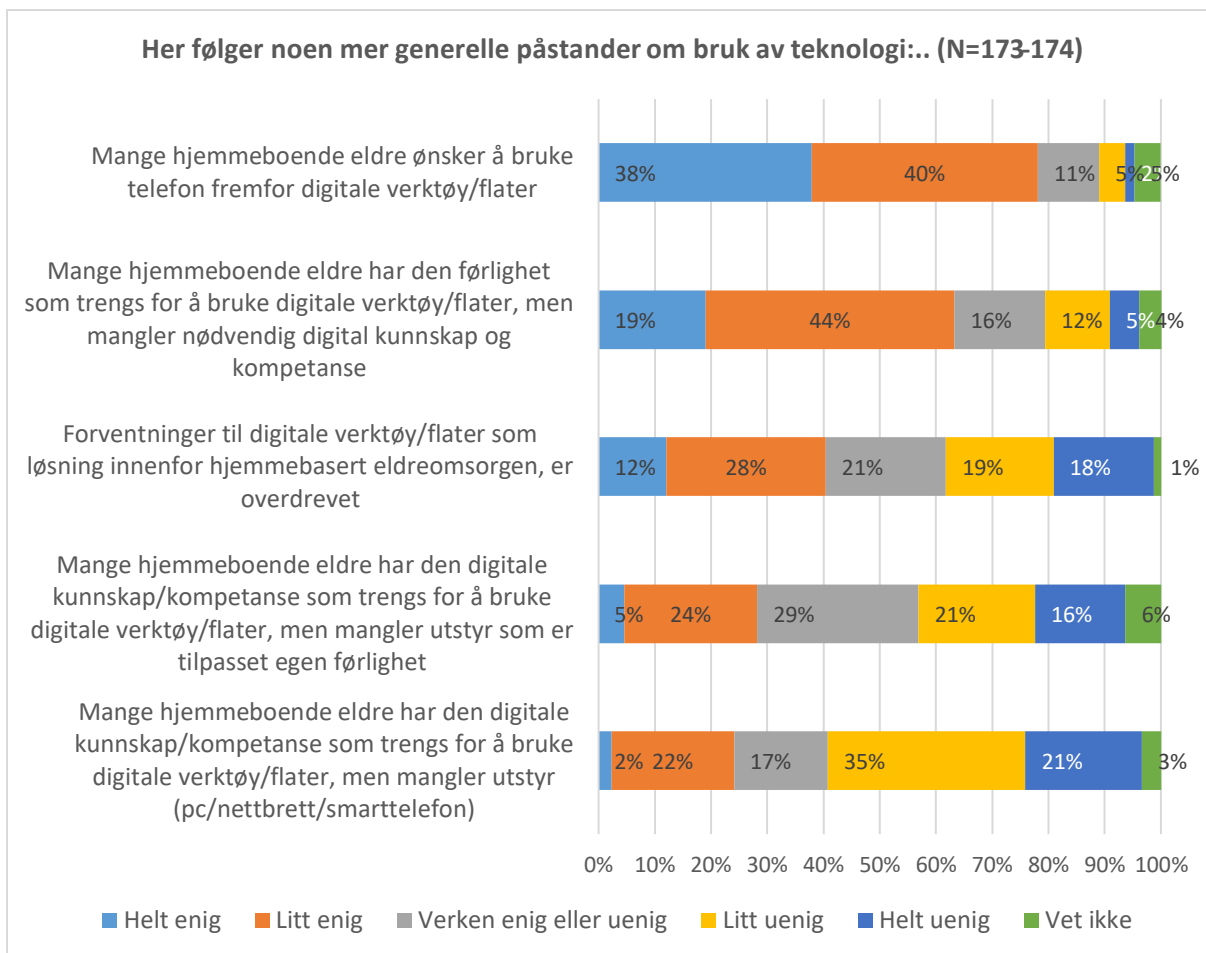
Også når det gjelder bruk av digital teknologi, har endringene i størst grad skjedd i samhandlingen mellom ledere og tjenesteytere. Neste figur viser at tre av fire oppgir dette, mens noen færre (to av tre) gir uttrykk for at online/digital kontakt har økt mellom tjenesteytere. Bruk av online/digital kontakt med brukere og pårørende har også økt: Henholdsvis 38 og 44 prosent av lederne oppgir dette.



Figur 4 Ulike påstander om bruk av digital teknologi i perioden med koronapandemi

I spørreskjemaet har vi også prøvd ut noen påstander som vi ofte hører når det gjelder mulighetene som digital teknologi kan tenkes å gi. En påstand, som vi har fått høre i våre intervjuer i casekommunene, er at forventningen til bruk av digitale kommunikasjonsverktøy (som Teams, Zoom og lignende) er overdrevet. Ledernes svar støtter langt på vei en slik påstand (figur 5). Tre av fire ledere er helt (38 prosent) eller litt enig (40 prosent) i at mange hjemmeboende eldre ønsker å bruke telefon framfor digitale verktøy/flater. Svarene tyder videre på at mye av årsaken til dette er knyttet til kompetanse i og kunnskap om å bruke slike flater. Dette er noe vi har hørt gjentatte ganger i våre intervjuer. Opplæringsbehovene er ofte for store til at eldre skal kunne følge med i endringene som skjer i utforming av hardware, brukergrensesnitt og app-utvalg. Det kreves dessuten ofte tid og en-til-en oppfølging i opplæringen. Slik ledere oppfatter det, er det først og fremst kompetanse og kunnskap, og ikke nødvendig utstyr, det skorter på blant hjemmeboende eldre.

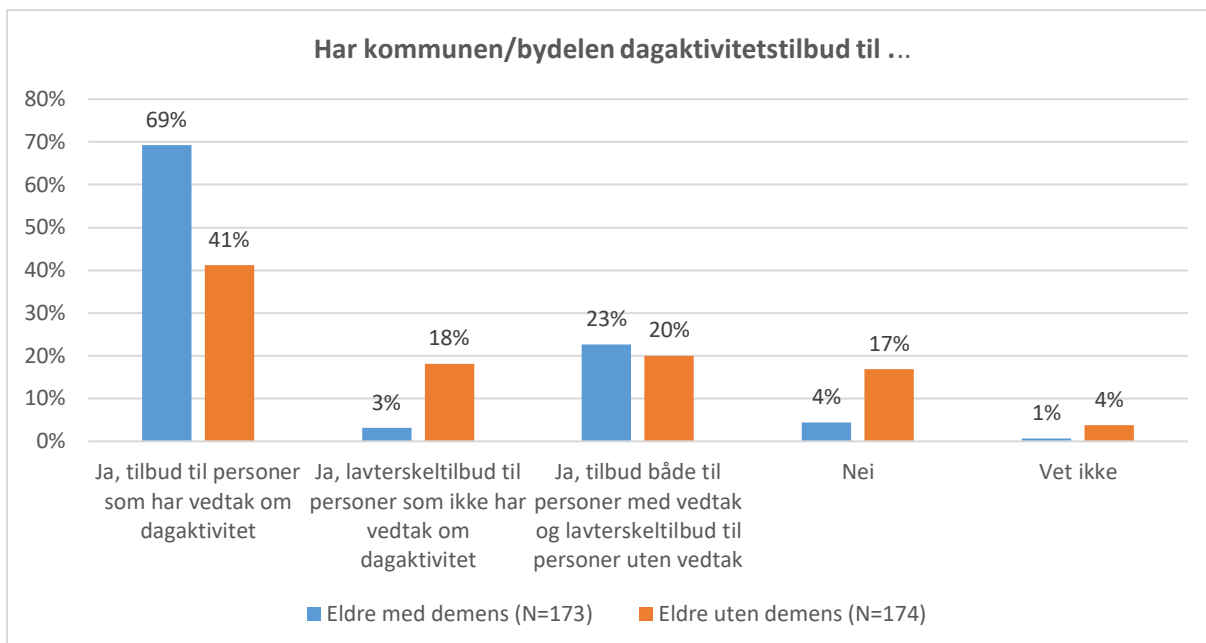
Det er imidlertid «kun» 40 prosent som er enig i at forventningene til digitale verktøy/flater som løsning i hjemmebasert omsorg, er overdrevet. Denne påstanden ble formulert generelt, det vil si at den i prinsippet omfatter også samarbeid internt i tjenesten, og vi har ovenfor sett at i dette samarbeidet spiller digitale kommunikasjonsverktøy en viktig rolle.



Figur 5 Svar på generelle påstander om bruk av teknologi

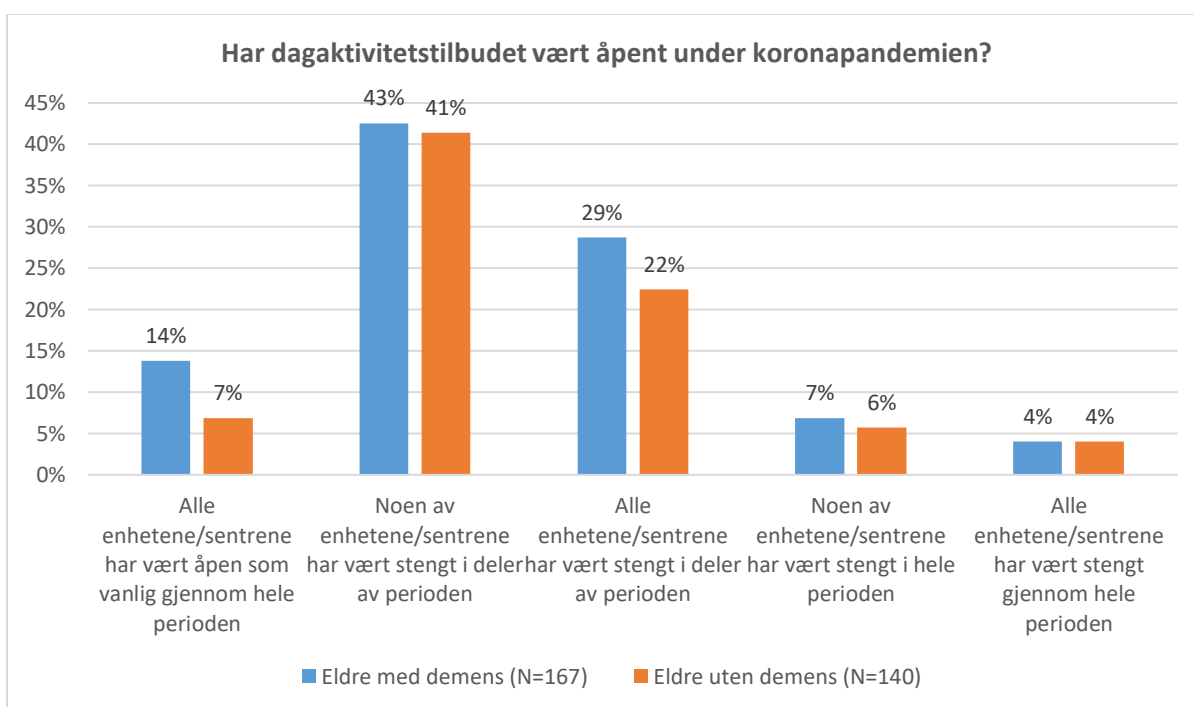
### 3.2.4 TILBUD PÅ DAGTID TIL ELDRE UNDER PANDEMIEN – INNHOLD OG OMFANG

Et viktig mål med undersøkelsen var å kartlegge i hvilken grad pandemien har ført til endringer i dagtilbudet til eldre hjemmeboende. Et innledende spørsmål kartla hvorvidt hjemmetjenesten har et dagaktivitetstilbud eller ei. I spørsmålsstillingen skilte vi mellom eldre med demenssykdom og eldre uten demenssykdom (figur 6). De aller fleste lederne (95 prosent) har oppgitt at kommunen har et dagaktivitetstilbud til eldre med demenssykdom, mens andelen er noe lavere når det gjelder personer uten demenssykdom (80 prosent). Videre er tilbudet til eldre med demenssykdom oftere vedtaksbasert (69 prosent) enn tilbudet til eldre uten demenssykdom (41 prosent). For sistnevnte gruppe oppga en av fem ledere at kommunen har lavterskeltilbud til personer som ikke har vedtak om dagaktivitet.



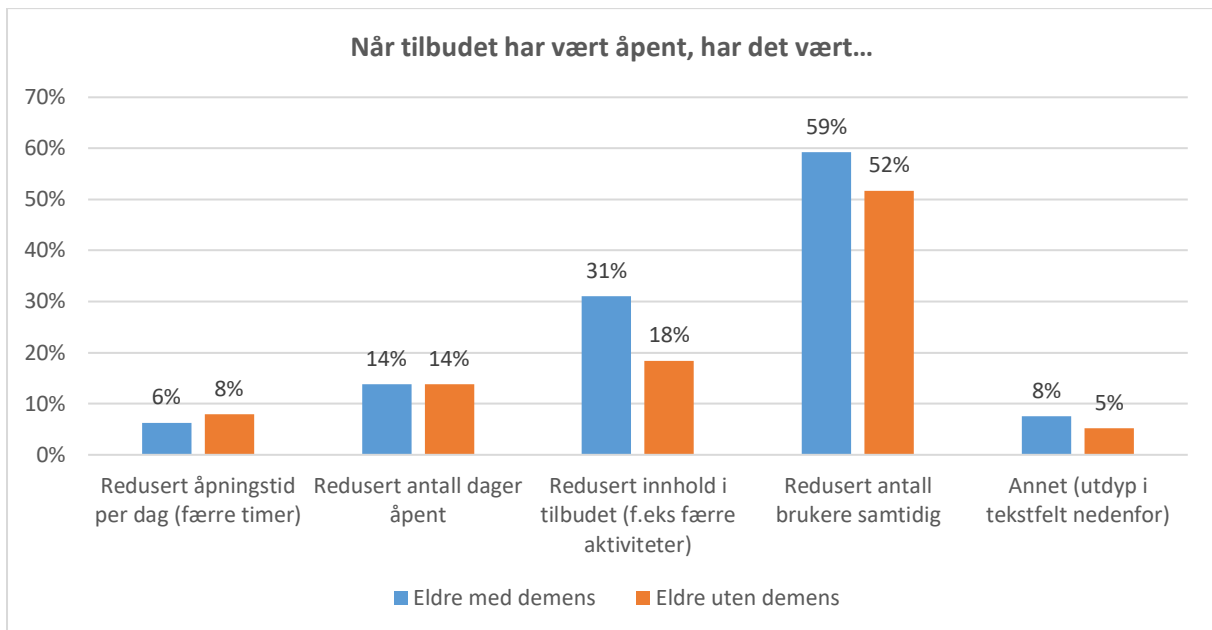
Figur 6 Har kommunen/bydelen dagaktivitetstilbud til ...

Når vi så spør om dagaktivitetstilbudet har vært åpent under koronapandemien (neste figur), svarer én av syv (14 prosent) at tilbudet til eldre med demenssykdom har vært åpent som vanlig gjennom hele perioden, mens halvparten så stor andel (7 prosent) svarer at tilbudet til eldre uten demenssykdom har vært åpent som vanlig. Det mest vanlige er at noen av sentrene har vært stengt i deler av perioden (vel fire av ti for begge grupper), mens henholdsvis tre av ti og vel to av ti har hatt alle sentrene/ enhetene stengt i deler av perioden. Kun en liten andel har hatt hele dagaktivitetstilbudet stengt gjennom hele perioden. En sjekk viser at innslaget av stengning ikke varierer systematisk med kommunestørrelse. Relativt mange har altså klart å holde tilbud åpent under pandemien.



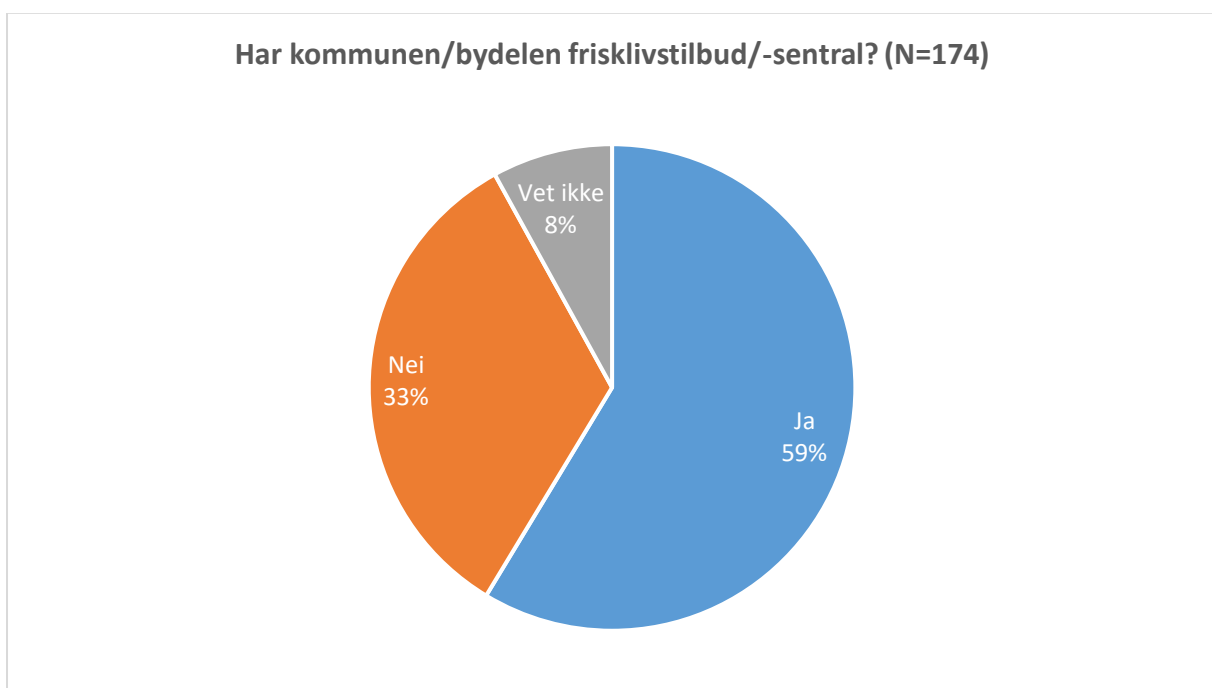
Figur 7 Har dagaktivitetstilbudet vært åpent under koronapandemien?

I et oppfølgingsspørsmål til dem som svarte at de hadde hatt stengt deler av tilbudet, kartla vi hvilke former for restriksjoner de hadde hatt i tilbudet. Det desidert mest vanlige har vært å redusere antallet samtidige brukere. Dette gjelder både tilbud til eldre med demenssykdom (59 prosent) og eldre uten demenssykdom (52 prosent). Det minst vanlige har vært å ha redusert åpningstid per dag (figur 8).



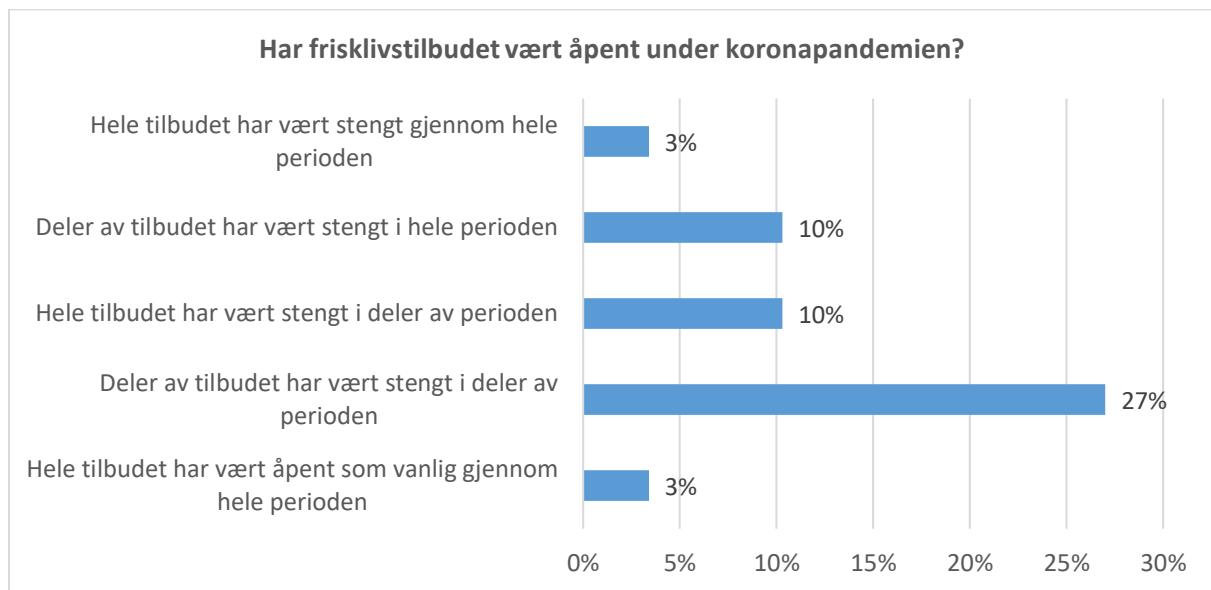
Figur 8 Typer begrensning/reduksjon i dagtilbudet

Vi stilte også spørsmål om kommunen har frisklivstilbud/-sentral. Seks av ti har dette, mens godt og vel tre av ti ikke har dette (figur 9).



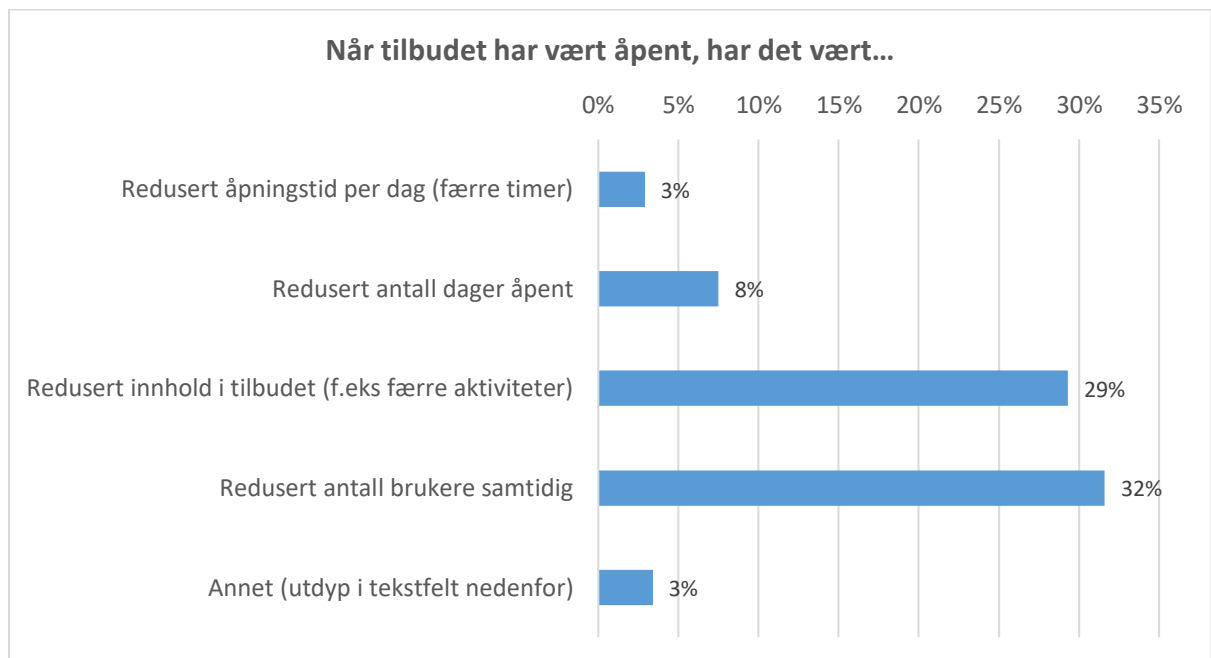
Figur 9 Har kommunen/bydelen frisklivstilbud/-sentral?

En av fire ledere oppgir at deler av frisklivstilbudet har vært stengt i hele perioden (figur 10), mens en av ti enten har hatt deler eller hele tilbudet stengt i deler av perioden.



Figur 10 Har frisklivstilbudet vært åpent under koronapandemien?

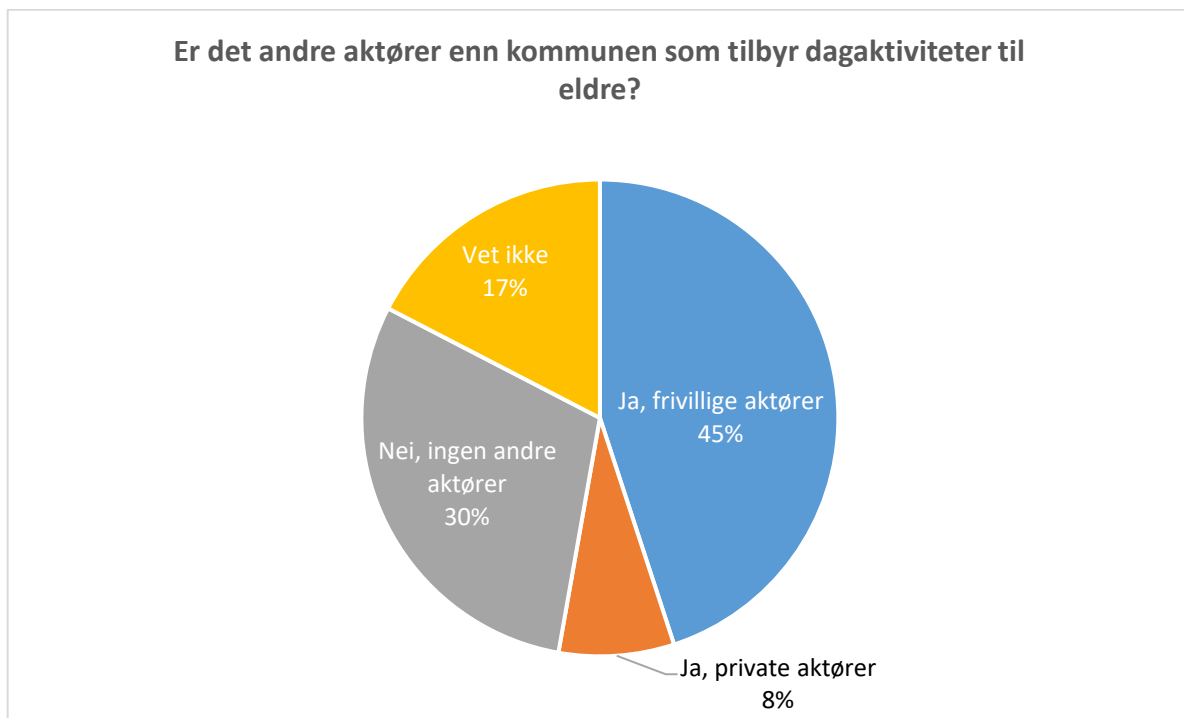
Også frisklivstilbudet har hatt restriksjoner, først og fremst gjelder dette redusert antall brukere samtidig med vel tre av ti, eller redusert innhold i tilbudet, med i underkant av tre av ti (figur 11).



Figur 11 Typer begrensning/reduksjon i frisklivstilbudet



Vel halvparten svarer at det er andre aktører enn kommunen som tilbyr dagaktiviteter til eldre. De aller fleste av disse oppgir frivillige aktører (45 prosent), mens åtte prosent oppgir private aktører (figur 12).



Figur 12 Er det andre aktører enn kommunen som tilbyr dagaktiviteter til eldre?

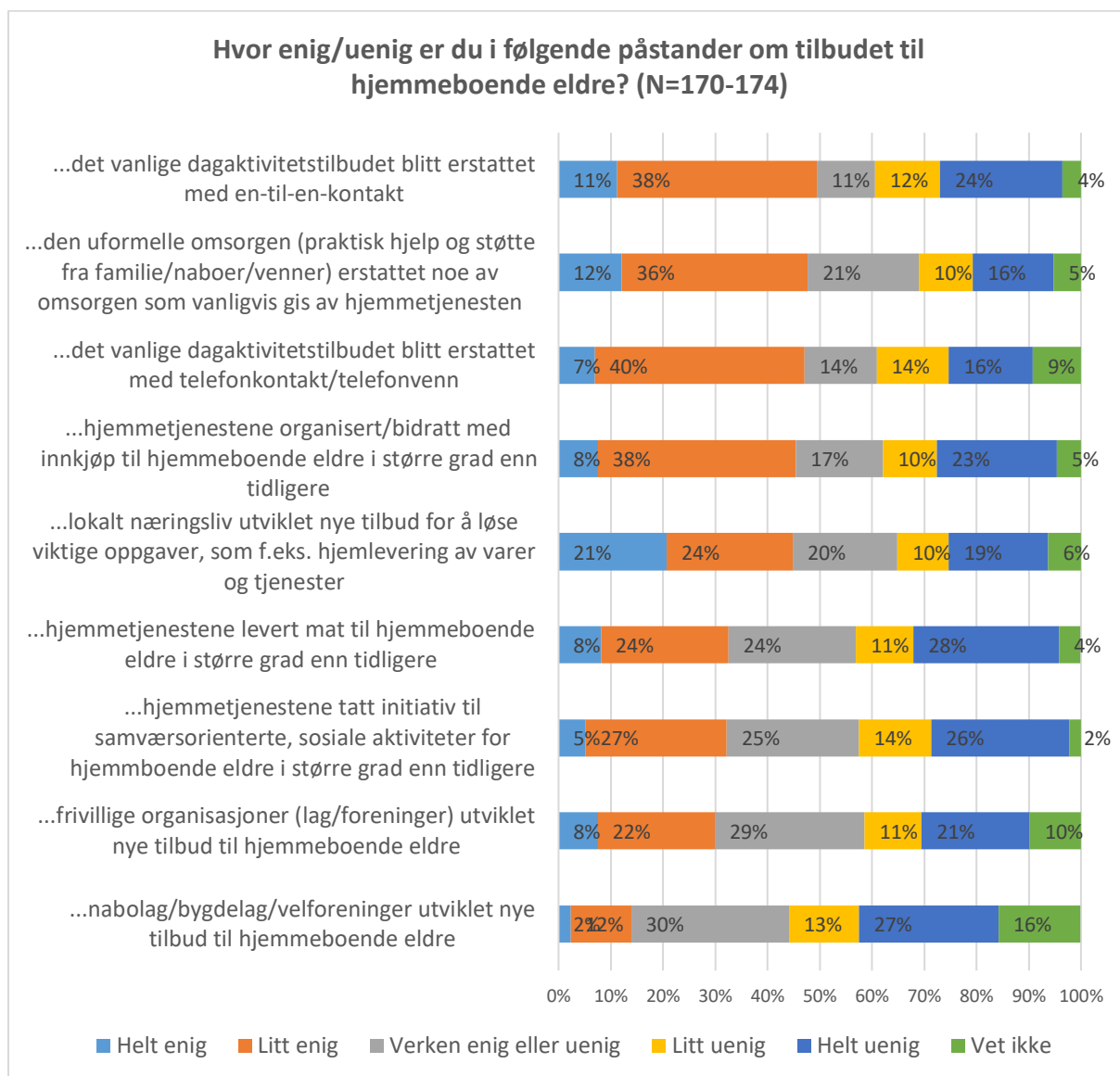
Dersom vi ser på hva som fremheves i tekstfeltet hvor lederne kunne utdype aktiviteter i regi av andre enn kommunen, finner vi at frivillighetssentralen nevnes ofte, men at også pensjonistlag, nærmiljøsentral, trivselssenter, Den norske turistforening og Frelsesarmeen trekkes frem. Blant type aktiviteter, nevnes for eksempel besøksvenn, kafé, bingo, dagtilbud i hjemmet, seniortreff og turgrupper.

### 3.2.5 UTVIKLING AV NYE TILBUD

Vi ba lederne om å ta stilling til en rekke påstander om tilbud og tjenester til hjemmeboende eldre under pandemien, hvor flere påstander blant annet handlet om forholdet mellom hjemmebaserte tjenester og andre aktører. I svarfordelingen er det interessant å observere at en av fem indikerer at lokalt næringsliv har utviklet nye tilbud, for eksempel hjemlevering av varer og tjenester (figur 13). I kontrast til dette, er det i underkant av en av ti som svarer at hjemmebaserte tjenester har levert mat til hjemmeboende eldre i større grad enn tidligere. Kun åtte prosent angir at frivillige organisasjoner har utviklet nye tilbud til hjemmeboende eldre. Det er imidlertid verdt å merke seg at nær halvparten av lederne er helt eller litt enig i at den uformelle omsorgen har erstattet noe av omsorgen som vanligvis gis av hjemmebaserte tjenester, og omtrent en like stor andel er enig i at det vanlige dagaktivitetstilbudet har blitt erstattet av telefonvenn/-kontakt.

Videre angir hver tredje leder at hjemmebaserte tjenester har tatt initiativ til samværesorienterte, sosiale aktiviteter for hjemmeboende eldre i større grad enn tidligere. At denne andelen ikke er

høyere, kan henge sammen med at sosiale aktiviteter har stått i et motsetningsforhold til smitteverntiltakene, eller at andre aktører i kommunen enn hjemmebaserte tjenester har tatt seg av denne typen aktiviteter.

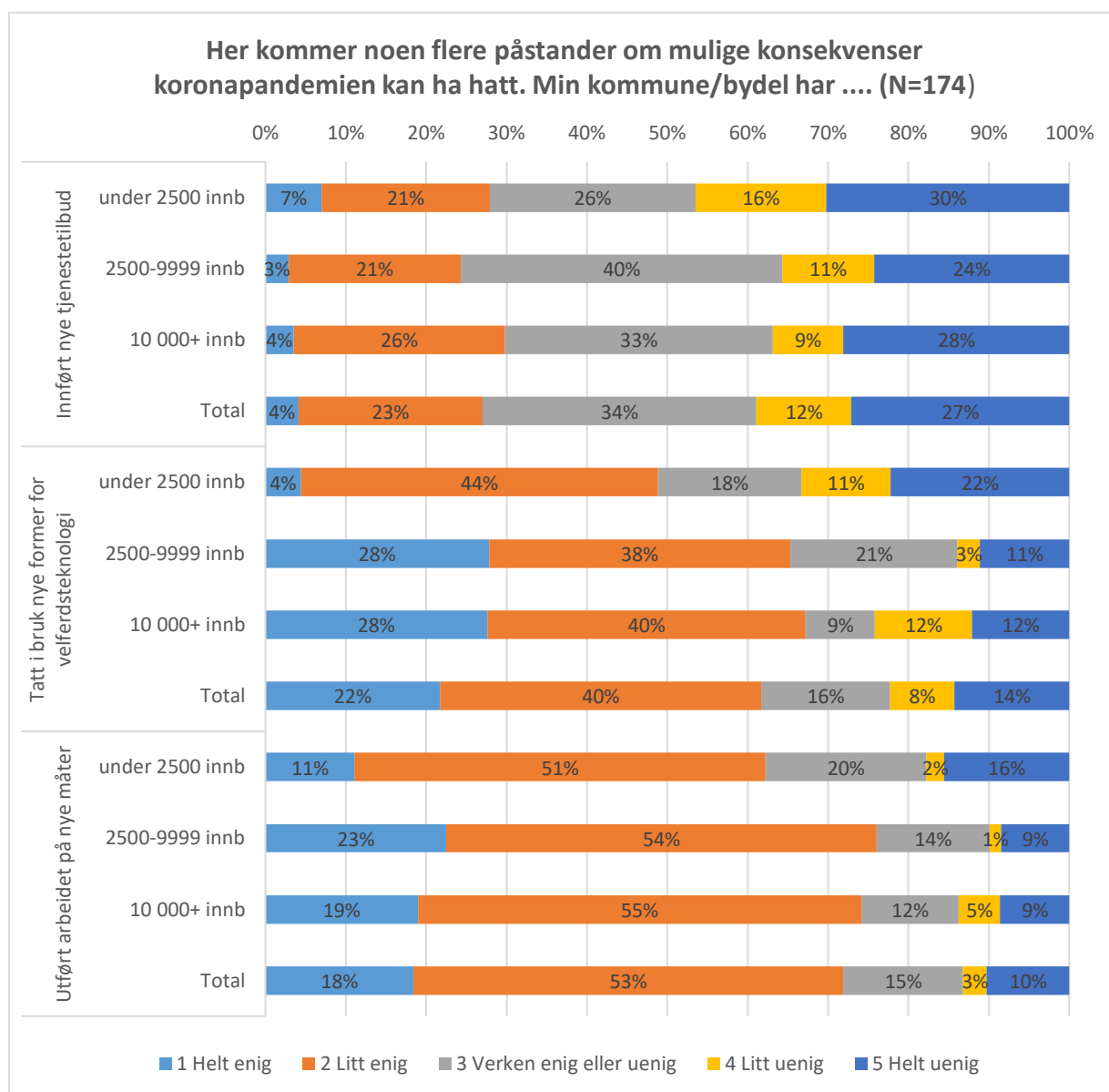


Figur 13 Er det andre aktører enn kommunen som tilbyr dagaktiviteter til eldre?

### 3.2.6 ENDRINGER I ARBEIDSFORMER

Et knippe påstander i spørreskjemaet var innrettet mot å kartlegge i hvilken grad koronapandemien har stimulert (eller tvunget frem) innovasjon, når det gjelder henholdsvis tjenestetilbud, velferdsteknologi og arbeidsutførelse. Ledernes svar tyder på at relativt mange har endret sine arbeidsformer og sin bruk av teknologi som en følge av koronapandemien. Syv av ti svarer at de som en følge av pandemien utfører arbeidet på nye måter, mens en noe lavere andel, seks av ti, svarer at de har tatt i bruk nye former for velferdsteknologi. Ikke uventet er det en noe lavere andel, en av fire, som er helt eller litt enig i påstanden om at de har innført nye tjenestetilbud.

Ser vi på fordelingen etter kommunistørrelse (figur 14), er det en tendens til at ledere i små kommuner sjeldnere svarer at de har utført arbeidet på nye måter eller tatt i bruk nye former for velferdsteknologi enn ledere i store og mellomstore kommuner (statistisk signifikant for sistnevnte).

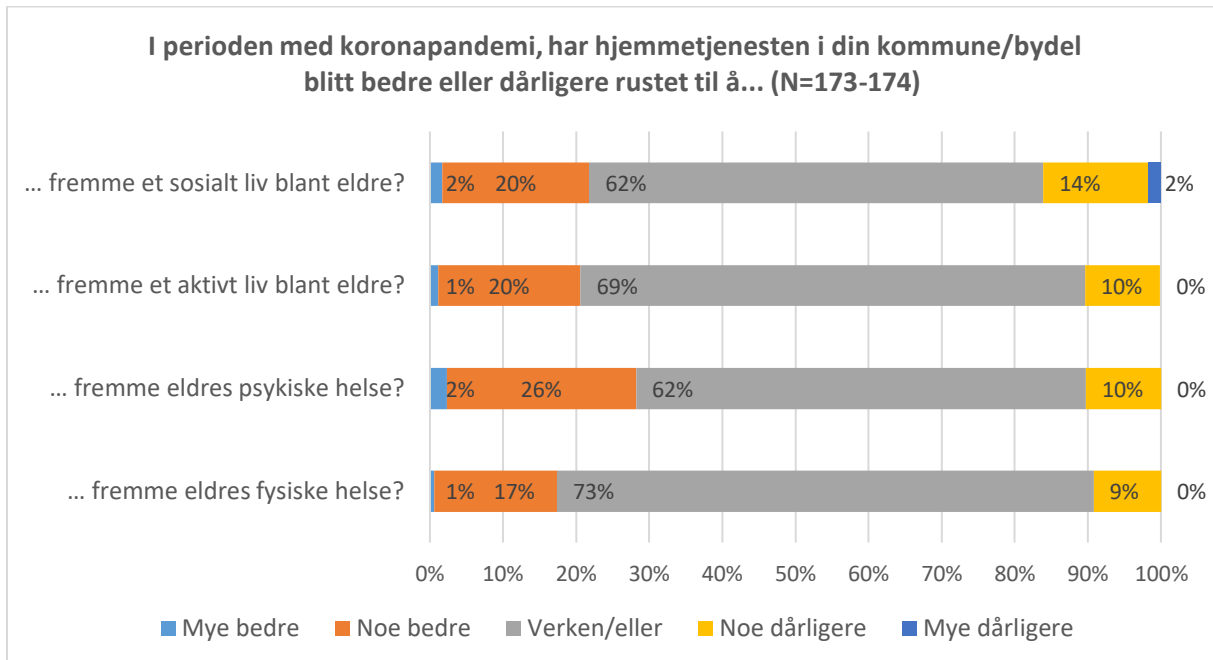


Figur 14 Svar på påstander om mulige konsekvenser av koronapandemien, etter kommunistørrelse

### 3.2.7 PANDEMIENS KONSEKVENSER FOR ARBEID MED ALDERSVENNLIGE SAMFUNN

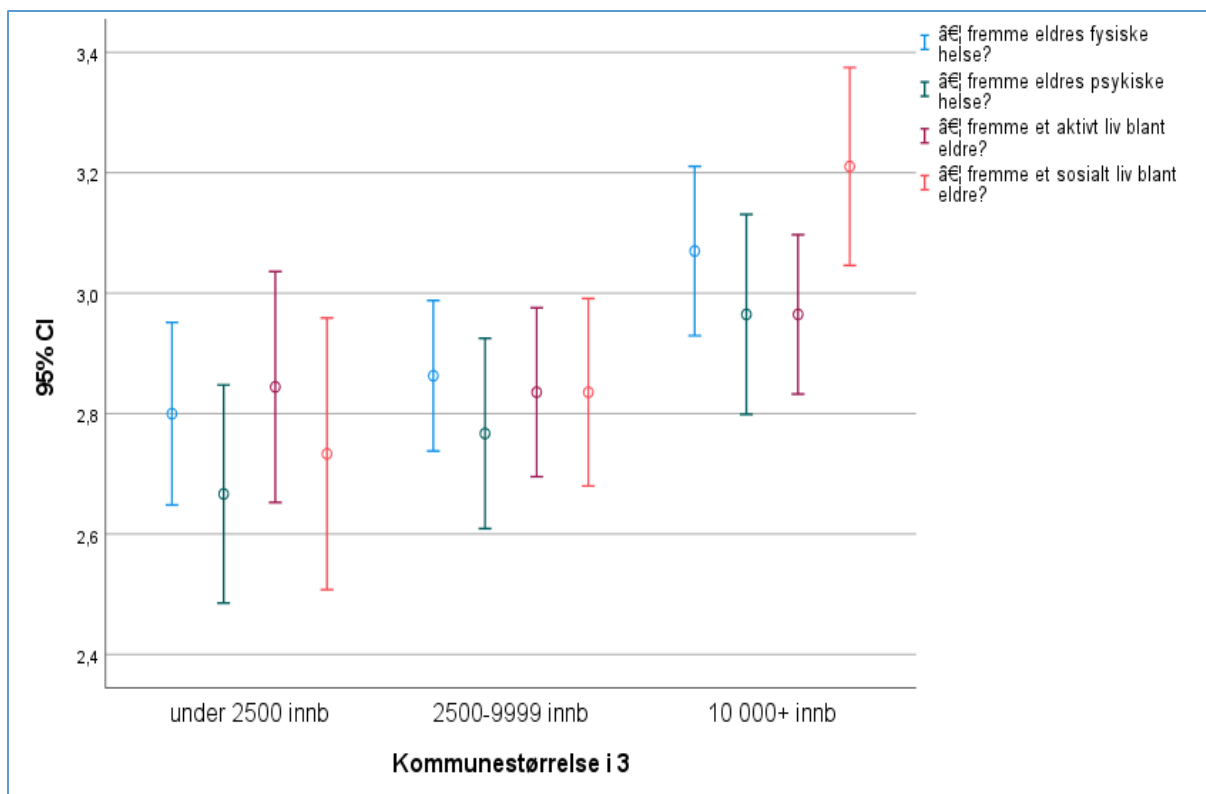
Aktiv og sunn aldring har gjennom de to siste tiårene vært en hovedstrategi i flere land, for å møte sentrale utfordringer knyttet til en aldrende befolkning (WHO, 2002, Bodin m.fl. 2020). Vi stilte derfor spørsmål om ledernes vurdering av om hjemmebaserte tjenester var blitt bedre eller dårligere rustet innenfor fire områder relatert til sentrale målsetninger i strategien for et aldersvennlig samfunn. Vi observerer for hvert av de fire områdene at mellom en femtedel og en fjerdedel av lederne gir uttrykk for at tjenesten har blitt mye eller noe bedre. Muligheten til å fremme eldres psykisk helse kommer «best» ut (28 prosent svart noe eller mye bedre), mens muligheten til å fremme et sosialt liv og til å fremme et aktivt liv begge kommer noe lavere ut (hhv 22 og 21 prosent).

Mulighet til å fremme eldres fysiske helse kommer «dårligst» ut, med 18 prosent som oppgir «mye» eller «noe» bedre. Andelen som svarer at tjenesten har blitt noe eller mye dårligere ligger på under halvparten av andelen som har svart noe/mye bedre. Mellom to tredjedeler og tre fjerdedeler av lederne gir uttrykk for at tjenesten verken er blitt bedre eller dårligere rustet i perioden med pandemi.



**Figur 15** I perioden med koronapandemi, har hjemmetjenesten i din kommune/bydel blitt bedre eller dårligere rustet til å...

Vi har også undersøkt hvorvidt svar på spørsmålene i figur 15 henger sammen med kommunestørrelse. Det overordnede bildet er at lederne i hjemmebasert tjeneste i store kommuner (10 000 innbyggere eller mer) i større grad vurderer at tjenesten har blitt dårligere rustet enn det ledere i mindre kommuner gjør på alle fire indikatorer (figur 16). Videre er forskjellen desidert størst (og statistisk signifikant) når det gjelder å fremme et sosialt liv. De tre andre indikatorene viser et tilsvarende mønster, men er ikke statistisk signifikant enkeltvis.



Figur 16 Om kommunen/bydelen har blitt bedre eller dårligere, etter kommunestørrelse. (Gjennomsnittsverdi med 95 % konfidensintervall, der 1= «Mye bedre», 5= «Mye dårligere»).

### 3.2.8 GENERELLE ERFARINGER

Til slutt i spørreskjemaet ble lederne bedt om å beskrive eventuelle positive og negative erfaringer fra perioden som koronapandemien har vart. Nedenfor tar vi opp hovedtrekkene fra disse svarene.

#### 3.2.8.1 Positive erfaringer

Spørsmålet om positive erfaringer hadde følgende ordlyd: «Kan du kort beskrive med dine egne ord eventuelle positive erfaringer fra perioden som koronapandemien har vart? (f.eks. om dere har innført en rutine/system/arbeidsform/tenkemåte eller liknende rettet mot hjemmeboende eldre, og som dere ønsker å fortsette med?)». I alt 107 ledere fylte ut tekstfeltet, og det er særlig tre typer erfaringer som nevnes ofte. Den ene dreier seg om bedre hygienerutiner og om økt oppmerksomhet rettet mot smittevern, formulert på følgende måter:

- *Gode rutiner i forhold til hygiene*
- *Økt fokus på hygiene har satt seg godt i ryggmarg hos alle ansatte, og vi har fått et større fokus på hygiene og renhold.*
- *Bedre hygiene, mindre sykefravær*
- *Høyt fokus på hygiene og smittevern som vi ønsker å fortsette med. Reduserer smitte og infeksjoner*
- *Drillet på hygiene, forebygging og måtte tenke nytt på flere områder enn ellers*

Den andre typen erfaringer som trekkes frem forholdsvis ofte, er økt bruk av digitale møter (ofte med Teams som eksempel) internt i organisasjonen. Det vil si fortrinnsvis mellom tjenesteytere og ledere, men i noen tilfeller også mellom tjenesteytere og pårørende til brukere av tjenesten:

- *Positivt med digitale møter, ført til mer effektive møter.*
- *Digitale arbeidsmåter*
- *Økt digital kompetanse*
- *Digitale møter mellom bruker og fastlege*
- *Tatt i bruk digitale verktøy som KOMP*
- *Hjemmetjenesten i kommunen vår har innført digitale løsninger i perioden som er positivt for brukere og tjenesten*

En tredje type positive erfaringer som nevnes, er bedre *samarbeid*, først og fremst med frivillige lag og foreninger, og med pårørende til brukere, samt bedre samarbeid internt i tjenesten:

- *Samarbeid med frivillige organisasjoner for aktivitet og sosiale tilbud*
- *Godt samarbeid med pårørende*
- *Samarbeid på tvers av avdelinger i Hjemmetjenesten har blitt mye bedre.*
- *Styrka flerfaglig samarbeid og samarbeid med frivillige aktører*
- *Økt tverrfaglig samarbeid, tettere samarbeid med pårørende*

Andre eksempler som trekkes frem på den positive siden, er færre pleiere eller tjenesteytere per bruker og mer samarbeid med pårørende til brukere. Noen av lederne skisserte imidlertid relativt betydelige endringer i egen organisasjon, som det går frem av følgende eksempler:

Endringskompetansen og fleksibilitet i organisasjon har vært formidabel. Arbeidet har blitt bedre i forhold til store ansattgrupper og mindre bruk av ansatte fra andre enheter. Mer inndelte grupper og rapportering mellom skift har blitt mer effektivt når ikke mange sitter sammen. Mye av endringen i arbeidsmetoder vil vi fortsette med. Teams var innført, ga gode positive effekter fort.

På bakgrunn av noe endret drift, da noen eldre ikke ønsket hjemmesykepleie ved nedstenging ble det tid til å utarbeide gode rutiner med økt fokus på primærkontakt. Vi fikk satt rutiner og system for bedre oppfølging av ernæring, fallforebygging, systematiske rutiner for oppdagelse av tidlig forverret tilstand. Vi har også fått økt fokus på hva pasienter mestrer og kan ivareta selv. Dette er oppgaver og rutiner vi har videreført og tatt i bruk i vårt daglige arbeid.

### *3.2.8.2 Negative erfaringer*

Tekstfeltet med eksempler på negative erfaringer ble fylt ut av 110 ledere. Her er det særlig to typer erfaringer som dominerer eksemplene: økt ensomhet og stor engstelse for smitte. Ofte påpekes det også, ikke uventet, på en sammenheng mellom disse. Smittefrykt trekkes frem som negativt for både ansatte og for tjenestemottakere:

- *Engstelsen for å bli smittet og for å smitte andre.*
- *Usikkerhet/redsel for smitte blant helsepersonell og tjenestemottakere*
- *Psykisk press på ansatte, de har vært veldig engstelig for å spre smitte til tjenestemottakere*
- *Eldre som har hatt mindre omgang med egen familie i redsel for smitte*
- *Mange eldre har kjent på ... frykt for hjemmetjenesten (i frykt for smitte)*
- *Flere brukere takket nei til tjenester på grunn av redsel for smitte.*
- *Personalet opplevde det vanskelig å komme hjem til brukere som hadde tilreisende pårørende eller annet nettverk på besøk. De opplevde at de ble utsatt for unødvendig smitterisiko og utrygghet for å videreføre smitte til andre brukere etter slike besøk.*

Godt og vel hver tredje kommentar trekker frem økt ensomhet, isolasjon og redusert sosial kontakt, særlig knyttet til eldre hjemmeboende som ikke har pårørende. Eksempler på uttalelser er:

- *Mye ensomhet for de som ikke hadde besøk av familie og venner*
- *I større grad ensomhet blant eldre. Leit at de ikke har kunne hatt besøk av sine nærmeste i den grad man ønsker/er vant til.*
- *Mer ensomhet blant de eldre*
- *Negativt med isolasjon og redusert aktivitetstilbud til eldre som har medført noe mer isolasjon og ensomhet.*
- *Ensomhet og isolasjon for de som ikke har pårørende - særlig tidlig i perioden*

Noen ledere oppga også mindre fysisk aktivitet som en negativ erfaring, mens andre forteller om mange slitne arbeidstakere, høyere sykefravær og at brukere med psykiske lidelser har blitt verre. I tillegg ble den nevnt redusert dagtilbud, og at dette har økt belastningen på pårørende. Et knippe med kommentarer handlet imidlertid også om ressursmangel og problematiske forventninger fra nasjonale helsemyndigheter, som det går frem av disse eksemplene:

- *Ressursmangel. Pandemien har påført små kommuner med dårlig økonomi enorm belastning. Vi vil se etterdønninger trolig i lang tid fremover. Tilsette er utslitt, det vises på fraværstatistikk, og IA arbeidet må blåses liv i igjen.*
- *Ulempen er diger med alle små prosentstillinger per avdeling: EN UTING. Hjemmeboende eldre er blitt "glemt" under pandemien. Hjemmetjenesten har måttet finne egne løsninger for å forhindre smitte/forholdsregler ved påvist covid.*
- *Forventningen til kommune på å levere i unntakstilstander med å søke tilskudd og rapportere. Samme ansatte fikk mange oppgaver i denne perioden.*
- *Negative erfaringer er fravær av helsepersonell på grunn av nasjonale retningslinjer som har ført til merbelastning hos ansatte som har stått i jobb.*
- *Vanskelig å planlegge tjenesten med så raske endringer i nasjonale forskrifter og sikre en forsvarlig drift med nok personell i smitteutbrudd. Mye usikkerhet førte til en stor stressbelastning for både ansatte og oss i ledelsen.*

### 3.3 ERFARINGER FRA TIDLIG FASE (SURVEY 2)

Fra Survey 2 (nordisk survey) ble det skilt ut data fra ledere av hjemmebaserte tjenester i den norske delen av utvalget. Det aktuelle datamaterialet handler blant annet om lederes vurderinger av om pandemien hadde svekket tjenestens mulighet til å nå mål innen eldreomsorgen, det vil si om pandemien og de kommunale strategiene for å håndtere den, har hatt konsekvenser for de kommunale tjenestenes mulighet til å arbeide for et aldersvennlig samfunn. Vi ser i tillegg på om ulike kommuner (type, størrelse, region) har erfart og taklet pandemien på ulike måter innen eldreomsorgen.

#### 3.3.1 OMFANG AV SMITTE I ELDTREOMSorgen

Spørreskjemaet kartla også erfart smitte og smittehåndtering i ulike faser eller perioder frem til undersøkelsestidspunktet: Januar-medio mars 2020 (Fase 1), medio mars-april 2020 (Fase 2), og mai-august 2020 (Fase 3). Spørsmålene om dette, ble besvart av 206 ledere. Tabell 3 viser at hver tredje leder i utvalget hadde erfart smitte (oktober 2020), enten blant egne ansatte, eldre brukere av tjenesten, eller blant pårørende.

Tabell 3 Lederes erfaringer med smitte i kommunal eldreomsorg

	Antall	Prosent
Har ikke hatt smitte	139	67,5
Har hatt smitte	67	32,5
Total	206	100,0

Andelen ledere som rapporterte om smitte øker ikke uventet sterkt fra fase 1 til fase 2, og viser deretter en synkende tendens i fase 3. Det er en tydelig sammenheng med kommunestørrelse i alle faser. Store kommuner oppgir oftest at de har hatt smitte, mens de små kommunene sjeldnest oppgir smitte (tabell 4).

Tabell 4 Prosentandel ledere som rapporterer om smitte etter fase og kommunestørrelse

	Fase 1 Januar – medio mars	Fase 2 Medio mars – april	Fase 3 April - august	N (ledere)	Sum smitte- tilfeller*
< 3000 innb	5 %	12 %	7 %	56	20
3000-10 000 innb	7 %	27 %	16 %	52	63
10 000-30 000 innb	4 %	15 %	15 %	48	119
30 000+ innb	19 %	35 %	40 %	50	237
Totalt	9 %	22 %	19 %	203	439
Antall smitte-tilfeller*	39	204	196		

\*Antall rapporterte smittetilfelle blant respondentene som besvarte spørsmålet. Det er grunn til å tro at noen av smittetilfellene som er rapportert i de tre ulike fasene, er de samme.

Materialet viser videre at det er flest som rapporterer at de har opplevd smitte blant ansatte eller ledere (to av ti), mens noen færre oppgir at de har hatt smitte blant tjenestemottakere og/eller pårørende. Det er interessant at lederne rapporterer om et relativt høyt antall smittetilfeller blant pårørende til ansatte – omtrent like mange smittetilfeller som blant tjenestemottakere. Det rapporteres om et forholdsvis lavt antall erfarte smittetilfeller blant pårørende til tjenestemottakere.



Svarfordelingen i tabell 5 tyder på at smitte internt i tjenesten har vært en betydelig utfordring i den kommunale eldreomsorgen, i tillegg til at man skulle håndtere smitte blant tjenestemottakere.

**Tabell 5 Prosentandel ledere som har opplevd smitte blant ulike grupper**

Opplevd smitte blant:	Institusjon	Institusjon og hjemmetjeneste	Hjemmetjeneste	Totalt	Antall smitte-tilfeller**
Ansatte og ledere	21 %	19 %	18 %	19 %	196
Tjenestemottakere*	6 %	9 %	23 %	12 %	89
Pårørende til tjenestemottakere	6 %	10 %	18 %	11 %	38
Pårørende til ansatte*	15 %	10 %	24 %	16 %	84
N ledere	79-89	58-64	50-56	189-209	404

\*= Sammenhengen er statistisk signifikant på 5 % nivå.

\*Antall rapporterte smittetilfelle blant respondentene som besvarte spørsmålet. Det er grunn til å tro at noen av smittetilfellene som er rapportert i de tre ulike fasene, er de samme.

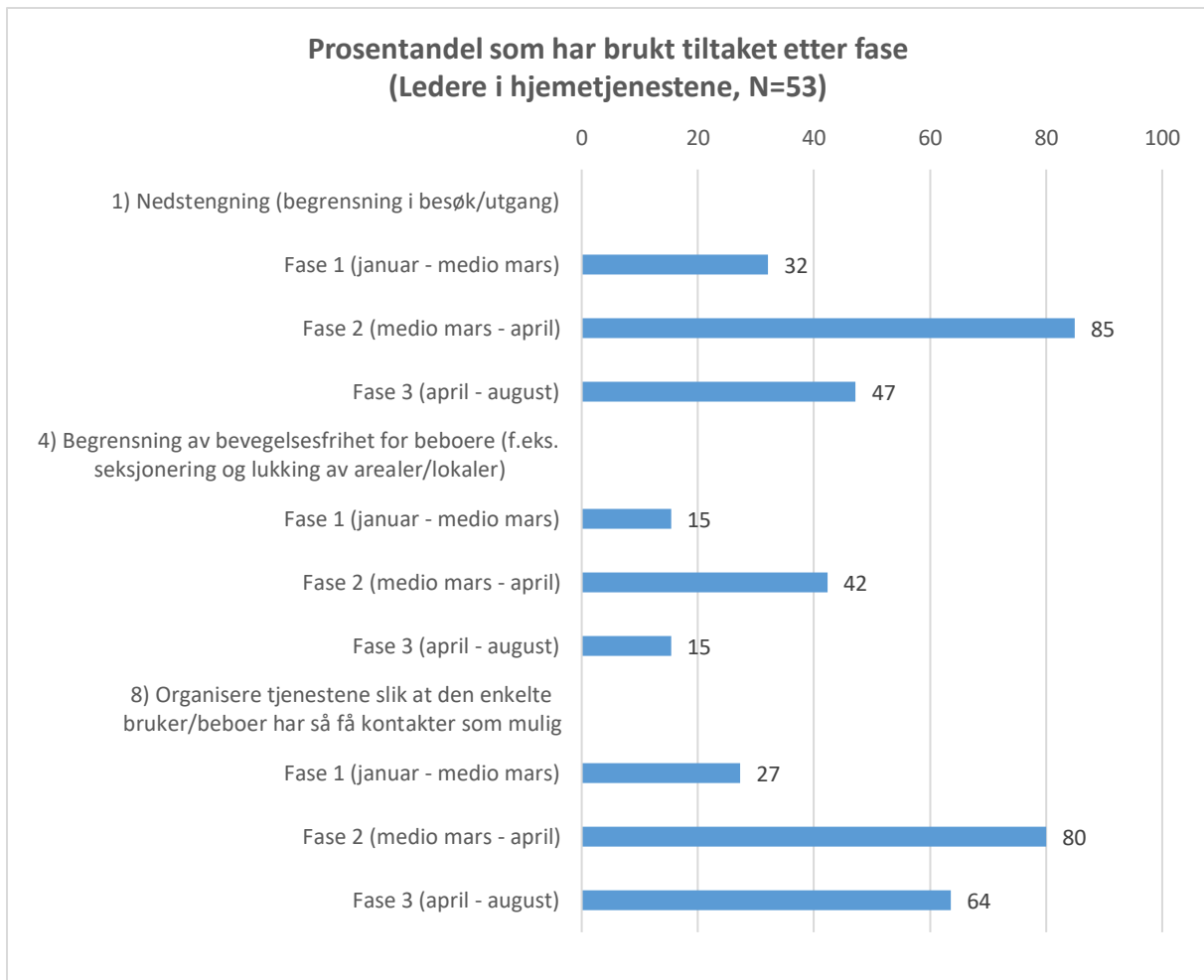
### 3.3.2 TILTAK OG METODER

Vi skal nå se på hvilke tiltak som er tatt i bruk i tilknytning til pandemien. Spørreskjemaet presenterte 17 ulike tiltak for å forebygge smitte, og ba respondenten om å oppgi i hvilken grad disse var tatt i bruk i egen enhet i ulike faser av pandemien frem til undersøkelsestidspunktet. Tiltakene var av ulike typer, og omfattet blant annet bruk av verneutstyr, bruk av vikarer og organisatoriske tiltak. Her retter vi oppmerksomheten mot tre tiltak som på ulike måter vil kunne påvirke beboernes muligheter for å ha sosial kontakt med andre:

- Nedstengning (begrensning i besøk/utgang)
- Begrensning av bevegelsesfrihet for brukere/beboere (f.eks. seksjonering og lukking av arealer/lokaler)
- Organisering av tjenesten slik at den enkelte bruker/beboer har så få kontakter som mulig

Figur 17 viser at andelen som oppgir at de har brukt nedstengning i form av begrensninger i mulighetene til å motta eller gå på besøk og muligheten til å gå ut, økte kraftig fra første fase (januar-medio mars) til andre fase (medio mars – april), det vil si fra 32 til 85 prosent. Andelen gikk deretter ned igjen til fase tre – en fase hvor også smittetrykket var betraktelig lavere i de fleste norske kommuner. Andelen som tok i bruk begrensning av bevegelsesfrihet internt i bygningen var noe lavere; 15 prosent i fase 1, 42 prosent i fase 2 og ned til 15 prosent igjen i fase 3.

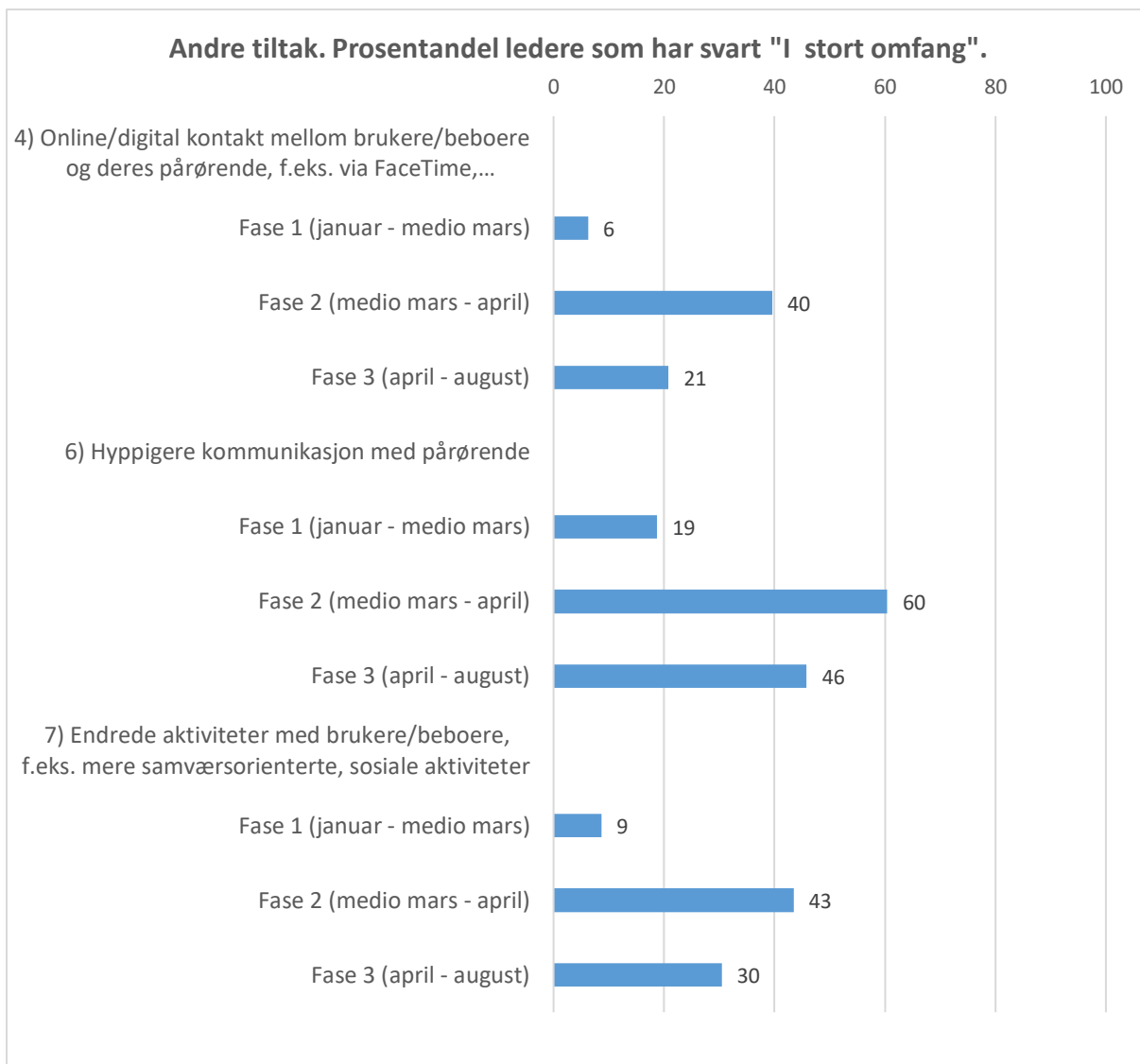
Ser vi på tiltaket organisering av tjenestene slik at brukerne/beboerne har så få kontakter som mulig, er også dette en type tiltak som relativt mange tok i bruk i fase 2 (80 prosent), samtidig som mange har opprettholdt dette tiltaket i fase 3 (64 prosent). Figurene tyder videre på at bruken av begrensninger i bevegelsesfrihet eksternt og internt ble tydelig redusert i perioder med lavere smittetrykk (fra fase 2 til fase 3).



**Figur 17** Bruk av smitteverntiltak etter pandemifase

Lederne har også oppgitt andre tiltak som deres tjeneste har tatt i bruk i forbindelse med håndtering eller forebygging av koronasmitte. Spørsmålene dreide seg blant annet online/digital kontakt mellom brukere/beboere og deres pårørende; om ansatte hadde kommunisert hyppigere med pårørende; og om de hadde endret til mer samværsorienterte aktiviteter. Lederne ble bedt om å oppgi om tiltakene var brukt i hver av de tre fasene i enheten de er leder for, med to svaralternativer 1= «Nei/i begrenset omfang» og 2= «I stort omfang». Figur 18 viser andel som har svart «I stort omfang» etter fase i pandemien.

Når det gjelder online/digital kontakt mellom brukere og deres pårørende, ser vi at dette økte betydelig mellom første og andre fase, fra seks prosent i fase 1 til 40 prosent i fase 2 (medio mars – april 2020). Andelen ble redusert noe igjen (21 prosent) til tredje fase. Et tilsvarende mønster ser vi når det gjelder andelen som har oppgitt at de har hatt hyppigere kommunikasjon med pårørende (men her er andelen generelt på et høyere nivå), og andelen som har svart at de har innført endrede aktiviteter.



Figur 18 Andre smitteverntiltak etter pandemifase

### 3.3.3 NOEN UTFORDRINGER I GJENNOMFØRING AV TILTAKENE

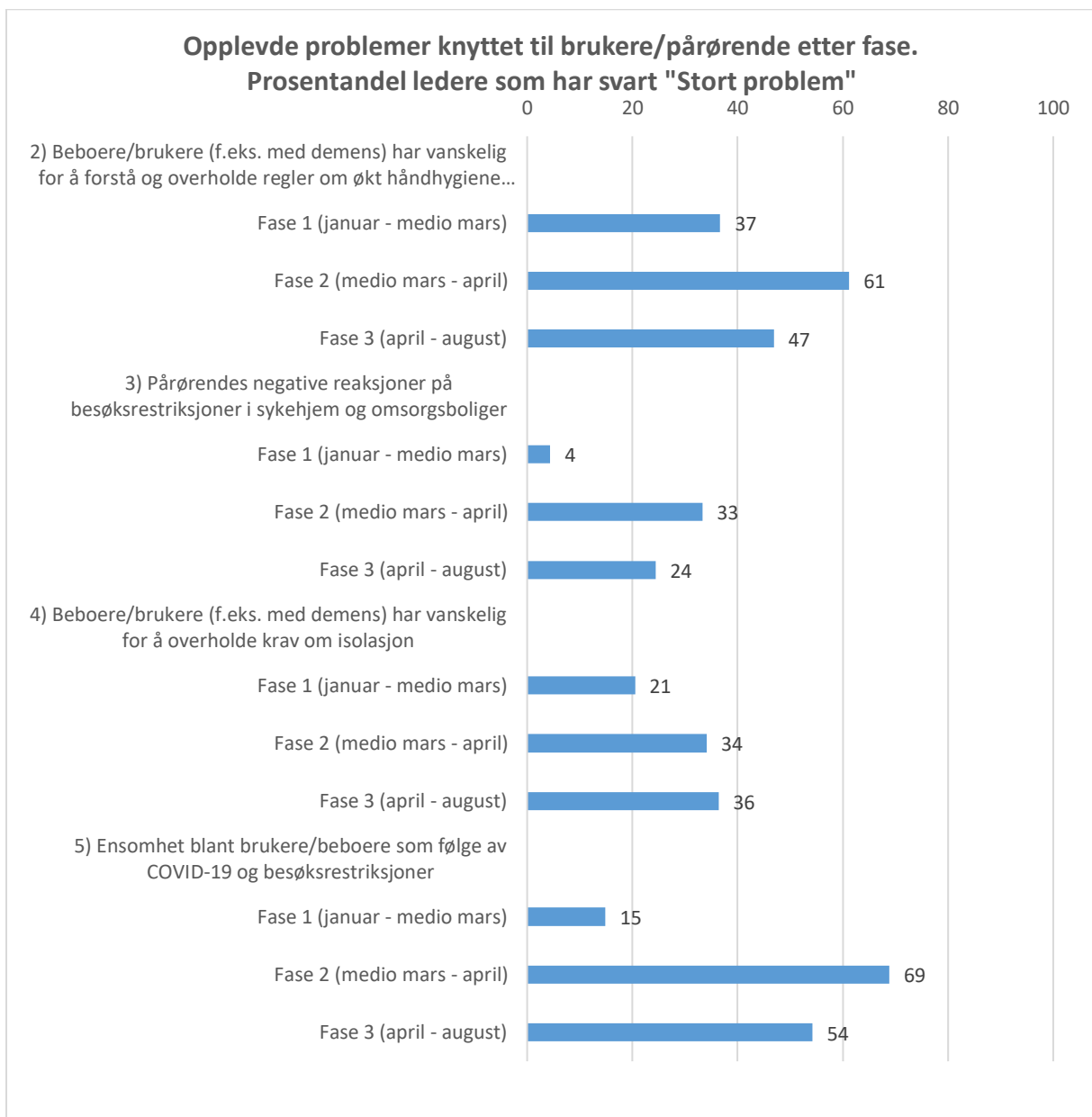
Hvorvidt ulike tiltak vil fungere etter hensikten eller ei, vil være avhengig blant annet av hvordan brukere forholder seg til tiltakene. Det ble også stilt spørsmål om hvorvidt lederne hadde erfart ulike utfordringer i forbindelse med forebygging eller håndtering av koronasmitte i hjemmebaserte tjenester, særlig med tanke på brukere og pårørende. Her tar vi med følgende typer utfordringer:

- Beboere/brukere (f.eks. med demens) har vanskelig for å forstå og overholde regler om økt håndhygiene og avstand
- Pårørendes negative reaksjoner på besøksrestriksjoner i sykehjem og omsorgsboliger
- Beboere/brukere (f.eks. med demens) har vanskelig for å overholde krav om isolasjon
- Ensomhet blant brukere/beboere som følge av COVID-19 og besøksrestriksjoner

Når det gjelder forståelse og overholdelse av regler om håndhygiene og avstand, oppgir en av tre ledere at dette var et stort problem i fase 1, mens andelen nesten doblet seg til 61 prosent i fase 2, og gikk noe ned igjen i fase 3 (47 prosent). Fire prosent oppgav pårørendes negative reaksjoner på

besøksrestriksjoner som et stort problem i fase 1. Andelen økte til 33 prosent i fase 2 og gikk ned til 24 prosent i fase 3. Besøksrestriksjoner er i utgangspunktet mindre aktuelt å praktisere i boliger enn i for eksempel institusjoner. Oppslag i media tyder imidlertid på at det også har vært praktisert besøksrestriksjoner i boliger, og informanter i casestudiene fortalte om det samme. Samtidig involverer pårørendes besøk i mindre grad tjenesteytere i boliger, sammenlignet med institusjoner. Beboeres/brukeres overholdelse av isolasjon ved smitte, er oppgitt som et stort problem av omkring en tredjedel av lederne, og her er andelen relativt konstant mellom fase 2 og fase 3.

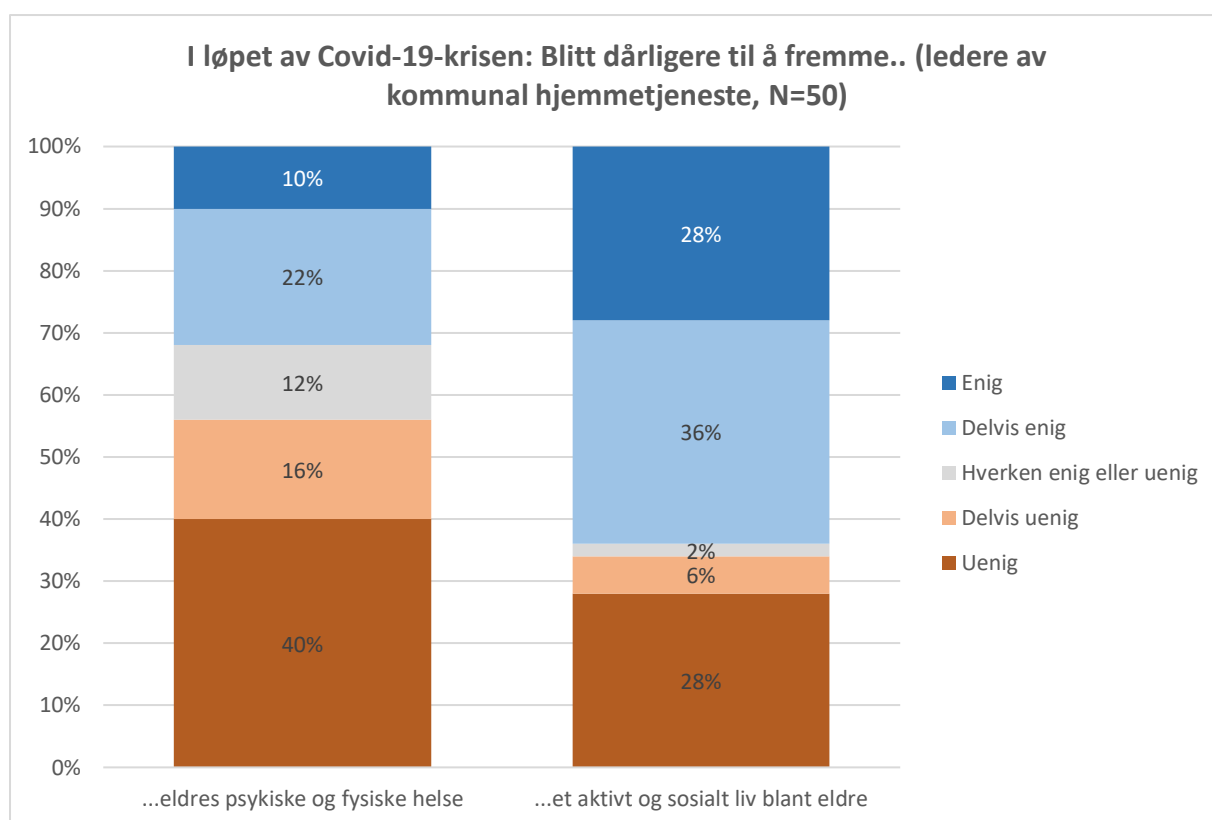
Ser vi på ensomhet blant brukere, rapporteres dette som et stort problem i fase to fra to av tre ledere, men andelen gikk noe ned i fase 3 (til 54 prosent).



Figur 19 Opplevde problemer knyttet til brukere/pårørende etter fase

### 3.3.4 PANDEMIENS INNVIRKNING PÅ TJENESTENES MÅLOPPNÅELSE

Også i denne studien ble det stilt spørsmål til lederne om hvorvidt koronapandemien hadde gjort tjenestene mindre rustet til å fremme overordnede målsetninger innen eldreomsorgen. I motsetning til i Survey 1, ble spørsmålet her formulert som en todelt påstand, der den ene påstanden dekker målsetningen om å fremme psykisk og fysisk helse, og den andre dekker målsetningen om å fremme et aktivt og sosialt liv. Figur 20 viser at lederne oppgir at tjenesten i løpet av koronakrisen først og fremst har blitt dårligere til å fremme et aktivt og sosialt liv blant eldre. Nesten to av tre er enig eller delvis enig i påstanden. Dette støtter svar på et tilsvarende spørsmål i survey 1. Ser vi på spørsmålet om å fremme psykisk og fysisk helse, er andelen som vurderer at deres tjeneste har blitt dårligere til dette, betydelig lavere. Tre av ti er enig eller delvis enig i påstanden, mens godt og vel halvparten er uenig eller delvis uenig.



Figur 20 Påstander om tjenestens evne til å fremme sentrale målsetninger

## 4 ERFARINGER FRA KORONAPANDEMIEN I FIRE KOMMUNER

### 4.1 INNLEDNING

I dette kapittelet presenterer vi resultater fra intervjuene i de fire casekommunene. Intervjuene pågikk i perioden fra mars til og med oktober i 2021. Denne delen av studien dekker dermed forskjellige faser av pandemien både når det gjelder smittesituasjon og vaksinasjonsgrad.

### 4.2 CASEOMRÅDE 1

#### 4.2.1 INNLEDNING

Caseområde 1 er en kommune med mellom 5000 og 8000 innbyggere, og er en mindre kommune i utstrekning. Kommunen omfatter flere bygder med en jevnt fordelt bosetning, med noe konsentrert bosetting i administrasjonssenteret. Hovednæringsveien i kommunen har vært, og er fortsatt landbruk. Kommunen har av den grunn en omfattende næringsmiddelindustri basert på råvarer fra distriktet. Offentlige sektor og primærnæringer utgjør de viktigste arenaer for sysselsetting, og kommunen er den største arbeidsgiver. En større andel av befolkningen pendler til arbeidsplasser i flere av nabokommunene. Kollektivtransporttilbudet i kommunen er svært begrenset, men kommunen inngår i ordninger knyttet til servicetransport og bestillingstransport. Kommunen har hatt relativt lav smitteforekomst, og kun to smitteutbrudd hvor ekstra tiltak og noe omdisponering av helsepersonell har vært nødvendig.

#### 4.2.2 HJEMMEBASERTE TJENESTER: LEDERES VURDERINGER OG ERFARINGER

I dette caseområdet har de hjemmebaserte tjenester rundt 40 brukere, med varierende behov for hjelp fra tjenesten. De bor på steder og i bygder i relativt moderat avstand fra tjenestens base i kommunens administrasjonssenter.

Denne kommunen oppdaget sitt første smittetilfelle kun få dager etter at landet ble stengt ned i mars 2020. Det var på dette tidspunktet fortsatt en betydelig mangel på kunnskap, og stor usikkerhet rundt håndtering og konsekvenser av pandemien: *Det første spørsmålet som dukket opp var: Hvor skulle vi hente kompetanse og råd fra?*

Smitten i kommunen var relatert til helse- og omsorgstjenesten, men kommunen hadde på dette tidspunktet god oversikt. Mer enn 10 personer ble satt i karantene og det ble iverksatt omfattende testing og berørte personer ble varslet. Tiltakene som ble iverksatt, hindret at det ble en videre spredning av smitte: *Vi var heldige, og etter hvert som tiden har gått har jo informasjon, kunnskap og kompetanse økt.*

Kommunen opplyser at de på dette tidspunktet hadde overordnede smittevernplaner, men at kommunen ikke hadde planer som var rettet mot håndtering av en pandemisituasjon. Kommunen hadde heller ikke et større lager av smittevernutstyr, og det ble på et tidlig tidspunkt vanskeligheter

knyttet til anskaffelse av tilstrekkelige mengder munnbind, desinfeksjonsmidler og annet. Kommunen fikk et nytt smitteutbrudd i desember 2020 og januar 2021, men hadde da rikelig tilgang på munnbind, desinfeksjonsmidler og annet smittevernutstyr.

#### 4.2.2.1 *Arbeidsform og organisering av arbeidet*

Det kommer frem i intervjuet at det ikke har vært behov for å gjøre *store* endringer i tjenestetilbudene til pasienter med behov for hjemmetjeneste i denne kommunen. I likhet med resten av landet, ble det innført besøksrestriksjoner, og i tiden etter nedstengingen mottok kommunen beskjed om at et lite antall tjenestemottagere ikke ønsket besøk av hverken hjemmehjelp eller hjemmesykepleie, fordi de fryktet smitte. Dette gjaldt imidlertid mindre enn 10 brukere og var jevnt fordelt mellom kvinner og menn. Dette var i hovedsak brukere som hjemmetjenesten på faglig grunnlag vurderte at de over et begrenset tidsrom, kunne klare seg uten hjemmehjelp eller hjemmetjeneste. Kontakt og oppfølging av disse tjenestemottagerne ble opprettholdt ved hjelp av hyppig telefonkontakt med hjemmetjenesten.

Lederne i hjemmetjenesten har god oversikt over ansattes kompetanse og arbeidsoppgaver. En av utfordringene i kommunen var at flere av de ansatte i hjemmetjenesten har stillinger som medfører at de har kontakt med pasienter både i, og utenfor institusjon. Kommunen har i denne perioden derfor forsøkt å unngå at ansatte yter tjenester flere ulike steder, for å begrense risikoen for smitte. Dette har ikke vært praktisk mulig å gjennomføre i alle sammenhenger, så noen av nattevaktene som veksler mellom å arbeide institusjon og «ute», har fortsatt sin aktivitet som tidligere.

I intervjuet kommer det kommer også frem i at det har vært noe engstelse blant de ansatte i hjemmetjenesten. Dette har særlig vært knyttet til rutiner for smittevern og bruk av smittevernutstyr. Frykten og usikkerheten har vært mest utbredt blant de som er ufaglærte/assistenter. Av den grunn har kommunen gjennomført flere runder med opplæring av ansatte når det gjelder bruk av smittevernutstyr, hvor man ikke minst har vektlagt hvordan man skal ta av smittevernutstyret, på en minst mulig risikabel måte; *Vi har tenkt: Jo mere kompetanse, jo mindre frykt.*

I slutten av siste kvartal i 2020 oppsto et *nytt større smitteutbrudd* i kommunen og det ble nødvendig å omdisponere personellressurser til testing. Konsekvensen av det, var en midlertidig reduksjon i tilbudet til andre tjenestemottagere. Dette ble løst ved at ansatte i hjemmetjenesten hadde hyppigere telefonkontakt med de brukerne som ble rammet.

Det kommer frem i intervjuet at de ansatte i kommunens helse- og omsorgstjeneste har fremstått som dugnadsorientert og fleksible i denne perioden. Det understrekes også at kommunen bare er noen få 50 prosent stillinger i hjemmetjenesten og de fleste ansatte har 75-100 prosent stilling. Dette gir bedre kontinuitet, med god kjennskap til tjenestemottagerne og dermed større trygghet for alle parter.

Kommunen kom raskt i gang med vaksinerings av de eldre. Tilbudet om vaksinerings ble formidlet til alle eldre i kommunen via SMS. På spørsmål om kommunen klarte å nå ut til alle de eldre på denne måten, ble det forklart at de eldre som ikke svarte på SMS-meldingen i løpet av et par dager, ble ringt opp etter kort tid, og fikk tilbud om time til vaksinerings.

#### 4.2.2.2 *Oppfølging av pårørende*

Kommunen har hjemmeboende demente eldre som i stor grad ivaretas av sine pårørende. Noen pårørende ønsket ikke bistand fra hjemmetjenesten i starten av pandemien, av frykt for smitte. For noen pårørende ble det mindre mulighet til avlastning, mens noen av de pårørende som likevel fikk tilbud, valgte å avstå. Avlastning til pårørende ble gjenopptatt fra mai i 2020, og dette opplyses å ha fungert bra.

Hjemmetjenesten opplyser at pårørende som på grunn av besøksrestriksjoner og annet ikke har kunnet besøke sine nærmeste i denne perioden, har blitt holdt orientert og fulgt opp gjennom god kontakt med brukernes primærkontakter, og også lederne har informert pårørende på et mer generelt grunnlag, gjennom ukentlige e-poster.

Det opplyses at kommunen har anskaffet et visst antall nettbrett, som brukerne kunne benytte for å opprettholde kontakt med pårørende og andre. Noen kunne benytte dette på egen hånd, mens andre fikk assistanse fra hjemmetjenesten. I tillegg har flere av brukerne egne smarttelefoner og har brukt disse til å kommunisere med pårørende, med og uten hjelp fra hjemmetjenesten. Det har vært en økning i bruk av digitale verktøy som smarttelefoner, nettbrett, PC og kommunikasjonsverktøyet KOMP, og telefonkontakten mellom mange pårørende og brukere, har økt betydelig i denne perioden.

Erfaringen i hjemmetjenesten er imidlertid, på generelt grunnlag, at det er store individuelle forskjeller i hvordan brukerne har opplevd og håndtert pandemien.

#### 4.2.2.3 *Dagtilbudene*

Kommunen hadde et etablert dagtilbud for hjemmeboende eldre, i kommunens administrasjonssenter. Før pandemien var dette hyppig benyttet, og det var ikke uvanlig med opptil 50 eldre deltagere på «vaffeldager» som ble arrangert. Disse tilbudene ble umiddelbart stengt etter 12. mars, men ble åpnet med begrensinger i mai/juni 2020, og bare tilgjengelig for mindre grupper. Hjemmeboende med dårlig psykisk helse, ble imidlertid prioritert med ekstra dagtilbud. I tillegg til de kommunale dagtilbud, har også kommunen avtale med en privat aktør om dagtilbud til hjemmeboende med demens. I likhet med andre tilbud i kommunen ble også dette tilbudet forsiktig gjenåpnet i mai/juni 2020. Det kommer frem at hjemmetjenesten har erfart at nedstenging av dagtilbudet har vært en utfordring for flere av tjenestemottagerne, som har gitt uttrykk for større grad av ensomhet og at dagene blir svært lange.

Et større antall hjemmeboende eldre i kommunen er helt eller delvis avhengig av transport. Brukere som har hatt dagtilbud, har blitt transportert med taxi, som tidligere. Det opplyses at taxidriften i kommunen har gått som normalt gjennom hele perioden. Her har næringen klart å opprettholde et godt smittevern.

#### 4.2.2.4 *Konsekvenser for ledere og ledelse*

Det opplyses i intervjuet at kommunens helse- og omsorgsenhet har et godt samarbeidskompetanse/-klima, med stabilitet og god formell og uformell struktur i ledergruppen. Det understrekes at det har vært et tett samarbeid og kontakt med kommunelege og kommunaldirektør og det fremheves



som særlig viktig for håndteringen av pandemien i denne kommunen, at dette er en liten kommune, hvor man har god oversikt over befolkningen

I likhet med resten av landet har det i denne perioden vært omfattende bruk av hjemmekontor, og digitale møter. En positiv erfaring og effekt av dette er en generell økning i kompetanse hos de ansatte mht. bruk av digitale kommunikasjonsplattformer. Den økte bruken av hjemmekontor har imidlertid redusert den direkte fysiske kontakten med de ansatte betydelig, ikke minst har den daglige uformelle kontakten blitt svært redusert. Det kommer frem at det har vært et savn, ikke minst av den grunn at lederne i mindre grad har klart å fange opp hvordan ansatte opplever sin arbeidshverdag.

Det opplyses at helse- og omsorgsenheten i kommunen har samarbeidet med andre aktører i denne perioden som frivillighetsentralen, pårørende forening og pensjonistforeninger. Pårørende foreningen har imidlertid først og fremst konsentrert sitt arbeid rundt institusjonsbeboere.

#### 4.2.2.5 Informasjon og støtte – lokalt og nasjonalt

Leder av hjemmetjenesten oppgir at de i denne perioden, har oppfattet informasjonen fra nasjonale myndigheter som tilfredsstillende, og sier at kommunen er godt fornøyd med det arbeidet som er blitt gjort fra myndighetenes side, under pandemien. Kriseledelsen i casekommunen ble satt i aktivitet umiddelbart etter nedstengingen i 2020: ... *kriseledelsen har vært aktive og tilgjengelige fra første dag..*

Kriseledelsen har vektlagt oppdatert og god informasjon både til de ansatte i kommunen, og den øvrige befolkning. I den sammenhengen har det blitt benyttet flere ulike kanaler som telefon, e-post, lokal presse og sosiale medier.

Lokalavisa har fulgt opp med informasjon, og kommunen opplever at kontakten med media lokalt har fungert godt. Det har vært positive reportasjer, med oppdateringer der det har vært naturlig. Mediekontakten på nasjonalt nivå har vært håndtert av kommunens øverste ledere.

Helse – og omsorgstjenesten i kommunen er organisert på en slik måte at alle enhetsledere er lokalisert på samme sted, og med god mulighet til tett kontakt og samarbeid. Dette er i tillegg et team av ledere som kjenner hverandre godt og kan vise til et mangeårig formelt og uformelt samarbeid, hvor gjensidig støtte og tillit er stor. Internt i kommunen ellers forteller leder av hjemmetjenesten at støtte og samarbeid med overordnede har fungert på en god måte. Det har vært lav terskel for å kunne sette inn ekstra ressurser og gjøre nødvendige prioriteringer og omdisponeringer i helse- og omsorgstjenesten. Det understrekes også at det har vært et tett og godt samarbeid med kommunelegen, som har vært i kommunen i flere år og derfor kjenner kommunen godt. Det understrekes at det har vært lav terskel for å ta kontakt med kommunelegen for råd og veiledning.

#### 4.2.2.6 Videre strategi

Kommunen har opprettet det de omtaler som *en kontinuitetsplan*. Denne oppdateres og utvikles kontinuerlig etter hvert som informasjon, kunnskap og kompetanse knyttet til pandemien utvikles og

blir bedre, slik at kommunen i større grad vet hvordan eventuelle nye utbrudd skal kunne håndteres. På intervjudtidspunktet omfatter dette blant annet;

- Hva som må til av minimumsbemanning, for å opprettholde kommunens tilbud
- Hvilke oppgaver som kan utsettes
- Samhandling med andre aktører
- Bruk av hjemmekontor- cellekontor
- Tjenesteledere – skal holde driften (f.eks. var en av lederne i karantene i én mnd.)
- Hvordan bruke fysioterapeuter/ergoterapeuter
- Hjelpemidler
- Legetjenesten
- Helsestasjonsvirksomheten- vaksinerings
- Bruk av frivillige

### **4.2.3 FRIVILLIGHET OG SAMARBEID**

I denne kommunen er det en frivillighetssentral som eies og drives av lag og foreninger, fra idrett til sanitet. Sentralen er organisert som et samarbeid med andelseiere, og støttes av kommunen og Kulturdepartementet. Leder for frivillighetssentralen i kommunen har sittet i flere år, og har bred helsefaglig bakgrunn. Sentralen fungerer som en koordinator mellom frivillighet og andre aktører i ulike samarbeidsprosjekter

Det opplyses at kommunens visjon er å fremme *samarbeid* som overordnet strategi for sitt arbeid, og et kommunalt Bolyst-prosjekt er basert på å vise hva innbyggere kan få til, ved å jobbe sammen til beste for kommunen. I tillegg har frivillighetssentralen i kommunen et eget prosjekt med søkelys på lokalt engasjement og frivillig innsats som drivkraft for å skape økt bolyst, felles identitet, økt engasjement og mer samarbeid.

#### *4.2.3.1 Mars 2020*

Etter nedstengingen i mars 2020, opphørte de fleste av de tiltak og aktiviteter som de frivillige organisasjonene har iverksatt og arrangerer. Det fortelles at de blant annet ikke lenger fikk tilgang til de arenaer, hvor tiltak og arrangement for eldre vanligvis gjennomføres, for eksempel i sykehjem. Først i mai/juni samme år, startet man igjen med mindre arrangement med et begrenset antall deltagere.

En av de frivillige organisasjonene som særlig retter sitt arbeid mot mennesker med demenssykdom mottok mange henvendelser fra pårørende i denne perioden; Mange utrykte bekymring for de som var i institusjon, andre var bekymret for det manglende tilbudet om avlastning. I tillegg skapte besøksbegrensinger/forbud under avlastningsopphold bekymring for mange. Noen pårørende valgte i store deler av perioden derfor å takke nei til avlastning for sine, fordi de var bekymret for at et opphold i institusjon ville by på lite aktivitet og stimulans på grunn av smittetiltakene. Organisasjonen hadde få muligheter til å iverksette tiltak: *Vi kunne bare ta imot bekymringer og gi råd etter beste evne.*

#### 4.2.3.2 Samarbeid med kommunen

Rådmann/kommunaldirektør tok umiddelbart kontakt med frivillighetssentralen etter at nedstengingen trådte i kraft, for å avklare hvordan kommune og frivillige lag og foreninger på best mulig måte kunne samarbeide i tiden fremover. Den overordnede spørsmålstillingen var; *Hvordan koble de som trengte hjelp, med de som kan hjelpe?*

Det ble raskt bestemt at man skulle ta i bruk verktøyet som er knyttet til nettstedet *frivillig.no*.

Her kunne befolkningen i kommunen:

1. legge inn oppdrag og ønsker om bistand
2. melde seg som bidragsytere til hjelp/bistand

Den hjelp/bistand som ble tilbudt via frivillighetssentralen var i hovedsak a) innkjøp av ulike varer/matvarer, b) innkjøp/henting av apotekvarer (inkontinensutstyr ble levert på døra av leverandør), c) en telefonvenn.

I løpet av kort tid hadde rundt 40 frivillige meldt seg til tjeneste hos frivillighetssentralen i kommunen. Det kommer frem at et så stort antall nye frivillige, medførte svært mye arbeid og koordinering for at hjelpe-/ bistandsarbeidet skulle komme i gang, og også fungere. Frivillighetssentralen hadde like før nedstengingen ansatt en ny person, men denne ble permittert i en måned, før vedkommende hadde startet. Det arbeidet og de aktivitetene som var nødvendig i denne sammenhengen var a) å spre informasjon både til de som trengte hjelp og de som evt. kunne hjelpe, b) opplæring og godkjenning av de frivillige, c) sørge for signerte taushetserklæringer og d) ordne elektroniske ID-kort til de frivillige.

Allerede i løpet av den første uken ble det meldt inn svært mange behov for hjelp og bistand, og disse ble meldt inn gjennom hele døgnet, gjennom hele uken. En stor andel av den bistand som ble etterspurt var knyttet til innkjøp av mat/husholdningsvarer/apotekvarer. I mars 2020, gjaldt dette i hovedsak de eldre hjemmeboende. Ved utbruddet etter ved juletider 2020/2021, endret målgruppen seg noe. Da var det hovedsakelig smitte i skole og barnehager, så yngre familier ble rammet, men færre av de eldre.

På spørsmål om de ulike behov for bistand, så opplyser frivillighetskoordinator at de har vært overrasket over at så få eldre har meldt inn et behov for en samtalepartner eller en telefonvenn. Én mulig årsak oppgis å være at de frivillige som har stilt opp og gjort innkjøp, også har holdt en del kontakt med «sine» i løpet av perioden. Flere av de frivillige fortalt at de har ringt og spurt om det er noe de skal kjøpe inn, eller spurt hvordan det går. Det opplyses at det er mulig at dette har dekket et visst kontaktbehov. Frivillighetssentralen har ikke gjort noen kartlegging av denne kontakten, men opplyser at dette har kommet frem i samtaler med de frivillige. Omfanget er derfor ukjent. Det pekes på at en annen årsak til et lavt antall innmeldte behov for telefonvenner, også *kan* skyldes at det å melde inn ett slikt behov kan synliggjøre ensomhet, og at dette kan være en barriere for mange.

#### 4.2.3.3 De frivillige

Et flertall av de frivillige er godt voksne, gjerne over pensjonsalder, og dermed selv i det som ble betraktet som risikogruppen. Flere av de eldre frivillige har derfor uttrykt en viss usikkerhet og engstelse under pandemien, og har til dels vært bekymret for egen helse, og også vært redd for å

smitte egen familie. Deltagere i frivillig arbeid, er i hovedsak kvinner, og det anslås at de utgjør en prosentandel på rundt 70.

Blant de som meldte seg som bidragsytere under pandemien var det flere med innvandrerbakgrunn. I den sammenheng har språk til dels representert en utfordring. Dette har man løst ved at de frivillige har begrensede norske språkferdigheter har tatt del i arbeidet sammen med andre, og har inngått i et mindre team av frivillige. Det påpekes at det har vært en svært positiv effekt av dette teamarbeidet, fordi innvandrernes deltagelse i det frivillige arbeidet har bidratt til både språkopplæring, nettverksbygging og bedre inkludering.

Generelt sett er det ikke vanskelig å rekruttere personer til dugnadsarbeid i denne kommunen. Derimot er det større utfordringer knyttet til å rekruttere ledere/koordinatorer til lag og foreninger, noe som man anser kan bli en trussel for frivilligheten i tiden fremover. Det vises til at det er stadig færre som er villig til å påta seg lederansvar. Det er arbeidskrevende, og ofte snakk om å forvalte store midler/ressurser, ha regnskapskompetanse og annen kompetanse for at dette skal fungere. Det påpekes at det derfor er et paradoks at politiske signaler peker i retning av at det i årene fremover vil kreves mer av frivilligheten når det gjelder *mange* oppgaver i samfunnet. Kommunene vil ikke klare alle oppgaver alene, og det er derfor en økt satsing på samarbeid mellom kommune, næringsliv og frivillighet. Frivillighetskoordinator understreker derfor at skal frivilligheten opprettholdes, trengs det bedre økonomi til lag og foreninger. Allerede i dag stilles det mange krav til frivilligheten, og det er mange oppdrag.

Det understrekes at frivillig arbeid må driftes av lyst, ikke av tvang. Siden en stor andel av aktiviteten som har vært bedrevet av frivillige i kommunen, har ligget nede i denne pandemiperioden, ser man et behov for å *reaktivere frivilligheten* i lokalsamfunnet igjen. Det er en målsetting å arrangere en sosial sammenkomst for de frivillige, som skal stimulere befolkningens lyst til å bidra. Det vises til at svært mange (> 90 prosent) av de som deltar i en eller annen form for frivillig arbeid, har begynt med dette fordi de har fått en direkte forespørsel om å bidra.

Befolkningens samhold og dugnadsånd fremheves, og kommunesenteret er sagt å være et landets mest attraktive tettsteder, hvor det er godt å bo, arbeide og besøke.

#### **4.2.4 INNBYGGERES ERFARINGER**

##### *4.2.4.1 Hverdagsliv*

I denne delen av studien er det ingen av de hjemmeboende med hjemmetjenester som har stilt til intervju, som mottar *omfattende* tjenester fra kommunen. Av de som har mottatt tjenester, har heller ingen opplevd at det er blitt gjort store endringer i det tilbudet de har. I ett tilfelle ble det redusert hjemmehjelp i en periode, og da trådte pårørende til med bistand. Ingen av informantene forteller om store endringer i deres daglige rutiner under pandemien.

Alle informantene opplyser at det som i størst grad har satt sitt preg på hverdagslivet under pandemien, er mangel på sosial kontakt med folk som er fysisk til stede. Til tross for at digitale løsninger som telefon, PC og nettbrett har vært mye brukt, uttrykker de fleste en viss grad av ensomhet og isolasjon, på grunn av de sosiale samværsrestriksjonene: *Man savner jo det å kunne gi og få et håndtrykk, eller en klem.*

De fleste av informantene har foretatt nødvendige innkjøp på egen hånd. En av informantene benyttet innkjøpstjenester fra frivilligheten i starten, men gikk relativt raskt over til å kjøre til den lokale butikken selv: *Det fungerte ikke så godt for meg det der.* De fortalte også at de unngikk å dra i butikken i rush-tiden, og utnyttet innføringen av utvidet åpningstid: *Vi planlegger innkjøpene mer. Det er slutt på spontane turer til butikken.* I noen tilfeller var det familiemedlemmer som gjorde de nødvendige innkjøp.

I tiden før pandemien hadde en av informantene over lang tid hatt regelmessige oppdrag knyttet til skole- og undervisning. I tillegg var informanten besøksvenn, og regelmessig på besøk til en pasient i institusjon. Disse aktivitetene opphørte etter 12. mars, og var ikke igangsatt på nytt, på intervjudispunktet: *Dette har vært det som faktisk har påvirket hverdagen min mest.*

En annen informant hadde opprettholdt noe arbeidsaktivitet i egen bedrift og understreket betydningen av dette: *Dette har vært en veldig viktig sysselsetting for meg, og ikke bare på grunn av pandemien.*

Flere av innbyggerinformantene bor i egen bolig, mange med egen hage eller landbrukseiendom med tilgang til større uteareal/utmark. Det kommer frem at dette har vært av stor betydning for muligheten til å opprettholde ulike former for aktivitet og til dels samvær med andre: *Her kan man jo bevege seg fritt, uten særlig nærkontakt og risiko for smitte.* For noen har hagestell og/eller vandreturer/trening i naturen vært en viktig del av hverdagslivet allerede før pandemien, og en aktivitet som det har vært gode muligheter til å opprettholde gjennom pandemien: *Jeg har alltid dyrket naturen, og liker å fotografere. Det har jeg fortsatt med.*

Det er likevel individuelle forskjeller på behovet for aktiviteter som innebærer kontakt/samvær med andre. Informanter som bor sammen med ektefelle og sier at de av den grunn har følt mindre på savn etter sosial kontakt: *Vi har opprettholdt våre daglige rutiner, vi.* Noen har dannet en kohort sammen med nærmeste familie, hvor de har hatt nesten daglig omgang. Andre har forholdt seg til de til enhver tid gjeldende smittevernregler og utvist forsiktighet også i omgang med nærmeste familie. For de som har familie i umiddelbar nærhet er det noe variasjon i hvor hyppig de har hatt kontakt med fysisk nærvær, men for familie bosatt i andre deler av landet kommer det tydelig frem at det har vært betydelig mindre kontakt enn tidligere. En av informantene inngikk avtale med en venn om at de skulle ta kontakt på telefon hver morgen, på et gitt tidspunkt, for å høre at alt var i orden; *Det ble litt tryggere det.*

En av informantene som er pårørende til pasient med behov for heldøgns pleie har selv påtatt seg mye av pleieansvaret, og de er uten nær familie. I løpet av denne perioden har pårørende selv *avbestilt* hjemmesykepleie over en lengre tidsperiode, i forbindelse med smitteutbruddet i kommunen. Dette var som et rent smitteforebyggende tiltak. Avlastningsopphold ble også avbestilt, men informanten sier at dette ikke henger sammen med pandemien, men skyldes forhold knyttet til kvaliteter ved den pleie som ble gitt i institusjon.

For pårørende til hjemmeboende eldre med pleiebehov, er det først og fremst omfanget av pleiebehov som regulerer mulighetene for aktivitet. Men det kommer frem at også pårørendes egen

alder, helsetilstand og evt. funksjonsnedsettelse som forflytningsvansker, syns- og/eller hørselsnedsettelse og så videre har påvirket grad av aktivitet og behov for kontakt i denne perioden.

Det kommer også frem at flere av informantene opplevde at tiden etter nedstengingen i stor grad var preget av uro og bekymring. Ikke bare på egne vegne, men også for egne familiemedlemmer: *Man fikk så mange vanskelige tanker. Men ble jo vant til dem, etter hvert.*

Til tross for en viss opplevelse av usikkerhet, ensomhet og tunge tider, uttrykker alle en viss tilfredshet over situasjonen: *... det har, tross alt, gått bra!* Flere påpeker fordelen med å bo i spredtbygde strøk, og det å ha stor bevegelsesfrihet. *Vi er jo ikke vant til å ha så mye folk rundt oss, sånn som vi bor.*

Noen av informantene er pårørende til hjemmeboende foreldre og andre slektninger, som de har stilt opp for. Dette ble vanskeligere etter nedstengingen 12. mars. Mange vegret seg for kontakt, både på grunn av restriksjoner og smitterisiko, noe som i enkelte sammenhenger medførte utfordringer:

Det oppsto flere vanskelige og til dels akutte situasjoner hvor det var nødvendig å rykke ut. Da hadde vi ikke noe valg, da var det bare å reise. Vi kunne ikke ta hensyn til restriksjonene. For [...] var det et sterkt ønske om fortsatt å bo hjemme, og en overbevisning om at det ville bli «innleggelse», dersom hjemmesykepleien i større grad ble koblet inn. Dette la et press på oss i familien, som måtte stille opp. Heldigvis har vi samarbeidet godt.

#### 4.2.4.2 Bruk av frivillige

Med ett kortvarig unntak, har ingen av informantene mottatt tjenester fra frivilligheten i kommunen, og de har heller ikke hatt oppmerksomheten rette mot denne typen tilbud. Noen opplyser at «*jo, de har sett noe om det ...*» eller at de ikke var kjent med at dette var en mulighet: *Men vi hadde heller ikke behov for noe assistanse.* Derimot oppgir noen av informantene at de har god kontakt med naboer eller andre bekjente, som ofte har stilt opp med ulike former for praktisk assistanse, som innkjøp, hagearbeid og snømåking. Andre naboer har stilt med hjemmebakke brød og kaker til jul og andre høytider: *Vi har usedvanlig god kontakt med og hjelp fra nære naboer.*

Det kommer tydelig frem hos eldre som er uten nær familie, at det å ha noen å kontakte for å få hjelp med praktiske ting er av stor betydning: *Han har sagt at jeg bare kan ringe om jeg trenger hjelp, og det er godt å vite.* Det kommer også frem at noen av informantene selv bidrar med litt assistanse til andre eldre, men at dette er frivillige aktiviteter som ikke faller inn under organisert frivillighet.

#### 4.2.4.3 Reiser og transport

Noen av informantene forteller at de tidligere har dratt på ulike reiser til både inn og utland, men ingen oppgir at de har opplevd reiserestriksjonene som særlig belastende i denne perioden, selv om de savner det å kunne reise og besøke familie som er bosatt andre steder i landet.

Flere av informantene benytter egen bil i større eller mindre grad, og har hatt mulighet til å handle, kjøre en tur og annet: *Hadde jeg ikke hatt bilen så vet jeg ikke hva jeg hadde gjort.* Det kollektive transporttilbudet i kommunen oppfattes som svært begrenset, derfor ansees det å ha egen bil som

en nødvendighet. De som har kunnet benytte egen bil, sier også at de har oppfattet det som den tryggeste transporten, under pandemien.

#### 4.2.4.4 Teknologi

Undersøkelsen viser at de fleste har og til dels behersker utstyr som analog telefon, smarttelefon, nettbrett eller pc. I tillegg bruker mange mye TV og radio. I noen tilfeller har pårørende sørget for å installere enklere digitalt utstyr, som for eksempel KOMP, et enkelt kommunikasjonsverktøy tilpasset eldre, som gjøre familie og venner i stand til å opprettholde kontakt med den eldre særlig den del av familien som bor langt unna. I tillegg er det flere som bruker trygghetsalarm.

Men det er noe variasjon i omfang av bruk av de ulike løsninger. Noen opplyser at de bruker pc svært ofte, forteller at de blant annet har opprettholdt flere av sine aktiviteter, for eksempel i lag og foreninger ved hjelp av digitale møter og e-post. En av informantene liker ikke å snakke i telefonen og ringer kun korte beskjeder, men benytter derimot ofte SMS.

En stor andel av den aktiviteten som forgår ved hjelp av pc, er relatert til å innhente informasjon som er av interesse, ikke minst informasjon relatert til pandemien. Eksempelvis har kommunen egen hjemmeside og egen facebook-side med lokal informasjon. I tillegg har kommunen arrangert webbaserte møter med befolkningen, hvor det har vært anledning til å stille ulike spørsmål.

En av de kvinnelige informantene (> 85 år), forteller: *Jeg har alltid likt og hatt interesse for data, og bruker det ofte. Det har vel noe med mitt tidligere yrke å gjøre.* Andre uttrykker at de ikke har noen interesse for teknologi og digitale verktøy: *Jeg er for gammel til å begynne med det der.*

#### 4.2.4.5 Informasjon og kommunikasjon

Når det gjelder innholdet i informasjonen kommer det tydelig frem at informantene oppfatter at de har fått både tilstrekkelig og forståelig informasjon fra både nasjonale og lokale myndigheter: *Vi har ingenting å klage over, der.* Det kommer også frem en åpenbar forståelse for at usikkerhet, uforutsigbarhet og manglende kunnskap har gjort det vanskelig også for myndighetene å vite hvilke tiltak som skulle iverksettes. Flere uttrykker en tydelig tilfredshet med de tiltakene som myndighetene har iverksatt: *Dette har absolutt bidratt til å begrense pandemien.*

Det kommer imidlertid frem at noen av de eldre synes det har vært en mental utfordring å håndtere mengden av informasjon knyttet til pandemien:

Man kunne jo ikke slå på Tv eller radio, eller lese aviser uten at det meste handlet om pandemien og dramatiske situasjoner i andre land. Det var så mange meninger om alt, fra ulike kanter. Det var skremmende. Det gikk utover humøret

Andre forteller at det var en særlig tung periode med all informasjon som preget nyhetsbildet ved årsskiftet 2020/2021. Det å skulle forholde seg til usikkerheten rundt et lokalt smitteutbrudd, pandemien generelt, kvikkleireskredet i Gjerdrum og uroen rundt valget i USA ble opplevd som svært krevende: *Den perioden der var tung, ja da vil jeg nesten si at jeg var deprimert.*

## 4.3 CASEOMRÅDE 2

### 4.3.1 INNLEDNING

Caseområde 2 er en kommune med noe mindre enn 5000 innbyggere. Kommunen er stor i geografisk utstrekning, hvor både kystområde og innland er dekket. Massive fjellområder finnes også, med høyeste topper på over 1000 meter. I den aktuelle regionen er kommunen både et geografisk og et kommunikasjonsmessig knutepunkt. Bortimot en tredjedel av befolkningen bor i kommunens administrasjonssenter. I tillegg finnes en rekke småsteder eller geografisk spredte bygder hvor noen er sterkt preget av fraflytting og har nå bare et tyvetalls innbyggere eller mindre. De viktigste næringene er primærnæringer, verksindustri, bygg og anlegg og tjenesteyting.

Kommunen ligger i et geografisk område hvor utbredelsen av koronasmitte samlet sett har vært lav. I løpet av den perioden som smittesituasjonen har vært registrert og frem til oktober 2021, har kommunen hatt i underkant av 10 påviste smittetilfeller.

### 4.3.2 HJEMMEBASERTE TJENESTER: LEDERES VURDERINGER OG ERFARINGER

#### 4.3.2.1 *Organisering av arbeidet*

Hjemmebaserte tjenester har rundt 50 brukere i dette caseområdet. Disse brukerne har varierende behov for hjelp fra tjenesten, og de bor på steder og i bygder med til dels betydelig avstand fra tjenestens base i kommunens administrasjonssenter. Fire, fem daglige ruter dekker de forskjellige geografiske områdene. Informantene anslo at avstanden til brukere som bor utenfor kommunesenteret, er fra to til seks mil. Brukere som bor i ett av områdene med lengst avstand fra hjemmetjenestens lokaler, har for tiden behov for tjenester bare en gang per uke. De som bor i områder lokalisert både fire og fem mil fra administrasjonssenteret, får tilbud om tjenester hver dag, om de har behov for det, men innenfor visse grenser:

Vi har organisert tjenesten slik at alle får hjelp, også de som bor lengst vekk. ... Når de ikke klarer å gå selv, flytter de nærmere tjenesten. ... Vi har kommunale leiligheter og omsorgsboliger. De som bor seks mil borte, har vi kjørt til flere ganger, men om noen faller, kan det ta en time å komme dit. .... Så lenge det er faglig forsvarlig, kan de bo hjemme. En som sitter i rullestol, klarer å hjelpe seg selv i seng. Demente kan også bo hjemme så lenge de klarer å hente mat i kjøleskapet og kommer seg på toalettet. Vi har digitalt tilsyn hos en. Nattevakten logger seg inn og følger med.

#### 4.3.2.2 *Smittevern og koronarestriksjoner*

Det første steget for ledere i hjemmetjenesten etter at nasjonale koronarestriksjoner ble satt i verk i mars 2020, var å gå grundig gjennom alle brukerne på deres lister. De måtte vurdere om noen av dem kunne klare seg en periode uten hjelp fra tjenesten og/eller om pårørende kunne «steppe inn». Det måtte også vurderes hvilke brukere som falt inn under kategorien «høyrisiko». Etter denne runden kom lederne frem til at tre brukere, som i hovedsak fikk bistand med medisiner, kunne få midlertidig hjelp til dette fra familiemedlemmer. Tre andre brukere ga samtidig beskjed om at de ikke ønsket tilbud fra hjemmebaserte tjenester i den aktuelle perioden. Ingen av disse brukerne hadde omfattende hjelpebehov. Informantene presiserte at alle brukere som trengte hjelp til stell og personlig hygiene, fikk det, men de fikk ikke tilbud om hjelp til å dusje. I situasjoner hvor brukere ble



definert som ekstra utsatt om de skulle pådra seg smitte (høyrisikogruppe), ble det gjennomført et strengt smitteregime. Om ansatte, for eksempel, bare skulle levere medisindosetter en gang per uke, gikk de ikke inn i huset. De la fra seg dosetten enten rett utenfor eller rett innenfor inngangsdøren. I intervjuet ble det nevnt at enkelte brukere også ga uttrykk for at de var redd for smitte:

Noen ble redd da vi kom med medisin. De hadde på seg skjerf og hansker, og sto fem meter bort med skremte øyne. De hadde hørt på nyhetsmedier og var blitt skikkelig skremt.

I situasjoner hvor brukere hadde behov for hjelp til stell, ble det brukt engangs stellefrakker og munnbind. Informantene pekte imidlertid på at det var mye uklarerheter rundt bruk av slikt utstyr. De stoppet derfor med det etter et par uker, også av hensyn til brukere:

De første ukene var alle litt småredd. Men noen [brukere] ble redd da vi tok på oss utstyr [munnbind og stellefrakk]. «Er jeg så skitten?», spurte de.

Informantene antydte at det gikk én, eller toppen to uker hvor personalet både var særlig forsiktig i møte med brukere og opprettholdt restriksjoner i tilbud. Etter en tid erfarte de imidlertid en periode med «falsk smittealarm». Kommunal ledelse påla da alle å bruke munnbind. Erfaringer med dette påbudet var delt. Informantene bemerket også at det skortet noe på kunnskap om hvordan smittevernutstyr skulle brukes, som det går frem av dette intervjuutdraget:

Noen av personalet, særlig fra andre land, er ikke så erfarne med bruk av utstyr. De lurte på: Skal jeg bytte munnbind eller skal jeg ikke? Hvor lenge kan et munnbind brukes? Kan det brukes i fire timer i strekk? [Navn på annen kommunal tjeneste] bruker ett munnbind i fire timer om det ikke har vært berørt.

Informantene hadde også erfart en utbredt frykt for smitte blant innbyggere i lokalsamfunnet. Som eksempel ble det nevnt at enkelte hadde henvendt seg til tjenesten og uttrykt bekymring fordi de hadde observert at en innbygger med kjent demenssykdom ikke fulgte smittevernregler som gjelder i matbutikker, for eksempel å unngå å ta på varer som ikke skulle kjøpes. Ansatte måtte da ta kontakt med pårørende.

#### *4.3.2.3 Konsekvenser av tiltak*

Omsorgsboliger i denne kommunen har eget personell. Det vil si at personer i denne typen bolig ikke faller inn under hjemmebaserte tjenesters ansvarsområde. Informanter fra tjenesten har likevel fanget opp erfaringer i forbindelse med koronapandemien som gjaldt disse beboerne. I intervjuet fortalte de om tilfeller hvor beboere både i omsorgsboliger og i institusjon hadde blitt svekket, enkelte av «naturlige årsaker», men noen også på grunn av tiltak knyttet til koronapandemien med blant annet lukking av avlastningsavdelinger slik at beboere ikke fikk møte pårørende:

Vi hadde ikke gjort dette om igjen. En døde i denne perioden – før de åpnet igjen. Det har vært til stor sorg for pårørende. Vi var tidligere ute enn mange andre kommuner. Vi åpnet opp igjen etter rundt et halvt år.

En annen problematisk erfaring gjaldt det som ble oppfattet som en oppfordring til eller pålegg fra sentrale helsemyndigheter, om også å stenge omsorgsboliger for besøkende. Tiltaket viste seg å være ulovlig, ifølge informantenes beskrivelser.<sup>2</sup> Før dette ble oppklart, hadde tiltaket ikke bare skapt problemer for beboere, men også konflikter blant de ansatte:

Omsorgsboliger ble også stengt for besøkende, men de ble åpnet igjen fordi det var ulovlig i og med at det ble regnet som privat hjem. Vi dukket ned i lovverket. I begynnelsen hadde vi vakter som passet på. De første ukene var litt panisk og kaotisk. ... Men institusjoner har eget lovverk til forskjell fra omsorgsboliger, for eksempel hvilke prosedyrer de kan sette i verk om det er smitte. Ingen arealer her [i omsorgsboliger] er institusjon. ... De [beboere] betaler også for fellesarealer. Det var koselig for beboere at det kom folk også i felles arealer. ... Det ble konflikter mellom de ansatte, om hva som var riktig og ikke riktig. Noen sa sånn og andre sa sånn.

Selv om omsorgsboligene etter hvert ble åpnet opp igjen for besøk, fortalte informantene at både ansatte i hjemmetjenesten og i andre tjenester i kommunene, var opptatt av å hindre at koronarestriksjonene gikk for sterkt utover de eldre ikke minst med tanke på faren for at de ble avskåret fra sosial kontakt. Det ble derfor satt i verk tiltak for å begrense mulige skadevirkninger. Blant annet ble aktivitører ved dagsentret brukt i en-til-en-oppfølging i perioden hvor dagsenteret var stengt og de sørget for å opprettholde kontakt per telefon. Alle hjemmeboende var imidlertid ikke like interessert i å få et slikt tilbud. Ansatte i hjemmebasert tjenester «presset derfor på» for å få gjenåpnet dagsenteret på grunn av ulemper som ble observert:

Vi kunne bruke aktivitører fra dagsenteret. Vi berget oss med det. Dagsenteret var kanskje stengt i to måneder. Vi maste om å få åpne tidligere. Kommunelegen var fornuftig. Bare vi passet på å holde 1-meteren både i bil og på senteret, kunne vi holde åpent. Vi så at det ble depresjon [blant brukere]. Vi hadde faste grupper. Maks åtte samtidig. De eldre passet ikke selv på 1-meteren. Noen er tunghørt og må sitte nært. [Navn på sosialt arrangement i regi av frivillige organisasjoner] var stengt litt lengre.

To aktivitører dro hjem til folk, men det var ikke alltid at de kom inn. De snakket litt i døren. Det ble ikke helt det samme. Dagsenteret kunne ha to, tre på en dag. Vi så an brukergrupper som hadde mest bruk. Vi hadde ringetilsyn. En dro vi hjem til tre dager i uken. ... Fysisk fostring ble redusert. Når de kom på dagsenter, hadde de hatt fysioterapeut. Vi var forsiktig de første månedene.

#### *4.3.2.4 Nye oppgaver, arbeidsmåter og tjenestetilbud*

Utover å bruke ansatte ved det nedstengte dagsenteret til å følge opp hjemmeboende eldre i en-til-en-relasjon, hadde hjemmebaserte tjenester i dette caseområdet i liten grad satt i verk nye tilbud eller arbeidet på nye måter overfor brukere. Ansatte i tjenesten hadde heller ikke i større grad utført oppgaver som å handle for hjemmeboende eldre. Her hadde brukere eller deres pårørende stort sett handlet selv.

---

<sup>2</sup> Se nærmere kommentar i punkt 6.3 med referanse også til Koronakommisjonen (NOU 2021:6).

Løsning av arbeidsoppgaver på nye måter, for eksempel via digitale plattformer, var heller ikke særlig utbredt, bortsett fra til møter internt i organisasjonen og til ekstern møtevirksomhet. I ett tilfelle hadde det vært forsøkt en type digital løsning for at en bruker skulle kunne ta kontakt med familie som bodde et annet sted i landet, men dette hadde vært lite vellykket:

Kun Teams-møter med personalt. Ikke noe som involverte brukere. De [brukere] som ikke ønsket kontakt [med hjemmetjenesten] ringte vi til en gang i uka. Noen brukere syntes at det var slitsomt. Vi forsøkte «Komp» - en type kobling med pårørende i [navn på by]. Vi prøvde en gang, men jeg tror ikke det ble brukt så mye – det fungerte ikke så godt.

På spørsmål om hjemmetjenesten har hatt mer kontakt med pårørende i denne perioden, svarte informantene at det samlet sett ikke hadde vært mer, men det hadde kanskje vært mer til noen få per telefon. Frivillig sektor og privat næringsliv hadde heller ikke løst oppgaver eller bistått med andre tjenester enn de gjør til vanlig. Ett unntak var at matvarer en periode hadde blir levert fra lokal matvarebutikk:

Frivillighetssentralen har vært mye stengt, men det har blitt populært med turene da de åpnet igjen. Privat næringsliv har ikke gjort noe nytt. Rema kjørte ut [med varer] en periode under den verste perioden – folk var redd for å gå i butikken. Butikker i [navn på flere tettsteder] har kafé, og det er populært og mye brukt [men ikke nytt].

#### *4.3.2.5 Informasjon og pålegg fra nasjonale myndigheter*

Frustrasjon over det som, i avsnittene over, ble beskrevet som uheldige tiltak i omsorgsboliger, var bare en av flere frustrasjonsmomenter som kom frem i intervjuet. Informantene ga uttrykk for å være svært oppgitt over pålegg fra nasjonale myndigheter som midt i en kaotisk situasjon, handlet om å lage planer og kartlegge ulike forhold. Ifølge informantenes beskrivelser, hadde de mer enn nok med å ta seg av tjenestens brukere:

I begynnelsen fikk vi beskjed om å lage prosedyrer for det og det. ... Helsedirektoratet ønsket kartlegging og ba om at det måtte lages planer og retningslinjer. Hvorfor kan ikke de lage felles planer som vi kan tilpasse kommunen? Vi hadde mer enn nok å gjøre, og så skulle vi sykepleiere sitte med papirer og dokumentere ting som ingen ser på. Vi måtte ta hensyn til pasienter. Det er ingen som har sett på papirer i ettertid.

Ledere fra kommunen satt i krisestab. Det var kontorfolk, folk fra administrasjonen. De fikk ikke informasjonsflyt ut til ansatte. Vi tenkte senere at fagfolk burde ha deltatt mer [i de møtene] enn IT-folk og rådgivere og kontorfolk. De har kompetanse på økonomi og sånt, ikke på fag. Det skulle lages store planer, og det skulle vi gjøre. Det var rett og slett bortkastet – ressursløsning. Da ble jeg ganske irritert. Det ble ikke så målrettet. Alle famlet litt i blinde. Vi var ikke vant med pandemi – vi hadde ingen øvelse.

Hjemmesykepleien satt med tillitsvalgt og måtte lage koronaturus. Noen måtte ha hjemmekontor. Det var tenkt at kontorpersonalet måtte dele seg for at ikke alle skulle bli smittet. Det ble det ikke noe av. Det var kun tre, eller noe sånt, i hele kommunen som ble smittet. Noen var i karantene om de snufset. Det var lav terskel for å være borte.

Informantene beskrev også betydelig grad av forvirring blant både ansatte og innbyggere om hvilke regler som gjaldt til enhver tid:

Pasienter følte seg som skitne [på grunn av tiltak som ble satt i verk]. Ansatte tok mye ansvar og bestemte litt for mye – det ble krisemaksimering. Er dette virkelig riktig – får de ikke sett pårørende? Noen ble derfor litt skarpe i telefonen [når dette skulle informeres om]. Mange hadde forskjellige meninger. Vi hadde ingen erfaringer med pandemi. Om noen ringte til meg, sa jeg at de var velkommen [på besøk til hjemmeboende eldre].

#### 4.3.2.6 *Læringsverdi*

Som svar på spørsmålet om generelle positive og negative erfaringer som det etter informantenes vurderinger er verdt å ta med seg videre, og til å lære av, ble muligheten for å møtes via digitale plattformer trukket frem som det mest positive:

Vi har hatt hjemmekontor, og det har vært positivt at vi ikke må være på jobb. Teams-møter er positivt. Vi må ikke reise til [navn på by] på kurs. Det er ressurs sparende selv om det er koselig å reise bort. Det er nye måter å samarbeide på. Vi kan ha samarbeidsmøter uten å reise til [navn på regionsenter]. Jeg tror det blir mer og mer i de tilfeller man kan.

Informantene hadde også erfart at brukerne hadde ressurser som de ansatte ikke hadde vært tilstrekkelig oppmerksom på: «Noen brukere klarte seg mye bedre enn vi trodde. Vi må lære oss å se ressurser hos dem». På den negative siden ble det imidlertid presisert at tiltakene som ble satt i verk for å hindre smittespredning, hadde vært for inngripende og hadde gått utover eldres helse og velvære, som det går frem av dette intervjuutdraget:

Vi har tatt for mye forholdsregler. Disse personene [eldre] har vært sårbare. Det har vært for store inngrep. De har kanskje få år igjen. En person på sykehjem måtte sitte alene på rommet og fikk ikke ha besøk. Man kan dø av ensomhet. De eldre kan ikke oppsøke sosiale arenaer som vi andre kan. Det er som i et fengsel. Det er skikkelig inngripende. De får ikke sitte i fellesarealer. De eldre var de største taperne – det ble tenkt verstefall. Vi andre kunne dra over alt, men det ble opprettholdt tiltak for de eldre. De mest sårbare ble lidende – de som skulle beskyttes. De ressursvake har ikke så stor stemme. Ett år er lenge i eldres liv. Helsedirektoratet måtte gå ut med nye retningslinjer [om besøk i omsorgsboliger som det var ulonlig å nekte]. De skulle ha gjort det mye tidligere. Mange satt litt for lenge i sin ensomhet. Noen sa at de heller ville dø av korona enn av ensomhet.

### 4.3.3 FRIVILLIGES BIDRAG

Lederen for pensjonistforeningen i kommunen forteller at de valgte å legge ned aktiviteten en god stund. De fikk imidlertid en god del henvendelser med spørsmål om de ikke skulle starte opp igjen. I tillegg til pensjonistforeningen, som organiserer rundt en tredjedel av pensjonistene i kommunen, er det ifølge lederen, bygdelaget som har vært de viktigste samlingsstedene for pensjonister i kommunen. Men han har også erfart at det ikke er alle som ønsker eller har behov for å møte andre. Det er gjerne de samme som går igjen på aktiviteter og møter.

Men det er gjerne de samme folkene som går igjen i de samme samlinger. De folkene som ønsker sosial kontakt, de benytter seg av de mulighetene som er, andre holder seg hjemme. Mens de som virkelig kunne ha behov for et sosialt nettverk ... men man kan ikke tvinge seg på folk, men komme med et tilbud.

Pensjonistforeninga har også engasjert seg i spørsmålet om hvordan vaksineringsen burde gjennomføres best mulig. De hadde dialog med helsesektoren i kommunen, og pekte på at ikke alle var fortrolig med å bruke det digitale utstyret som kreves for å få med seg informasjonen som kommunen prøvde å nå ut med om vaksineringsen. Det er heller ikke alle som har helt nytt utstyr, noe som også virker begrensende:

Mange har en mobiltelefon, men av eldre dato, hvor de ikke får inn apper ... Og det er ikke alle som tar mobiltelefonen hvis de ikke vet hvem som ringer. (...) Så vi har vært opptatt av at kommunen bør ha alternativer til ulike aldersgrupper. Vi i [navn på organisasjon] har sendt SMS til medlemmene for å gi beskjed om at folk må ta telefonen hvis det og det nummeret ringer, for da er det vaksineringsen det ringes folk om

Lederen gir også uttrykk for at språket er vanskelig tilgjengelig i noe av informasjonen som gis. Informasjonen oppleves å gå over hodene på folk:

Den informasjonen som man finner tilgjengelig på nettet og i diverse kanaler, at den kanskje er, at språket noen ganger er litt vanskelig å forstå for vanlige folk. At det bærer preg av stammespråk for de som skriver det.

Han gir ellers uttrykk for at de i denne kommunen ikke har opplevd at informasjonen har vært tilpasset deres virkelighet, som småkommune med store geografiske avstander og med svært liten smitte:

Vi har vel opplevd det slik at informasjonen fra de nasjonale myndighetene som oftest ikke har vært tilsvarende vårt behov ute i distriktene, i hvert fall ikke i vår kommune. Man har snakket om smittesentre osv. Her i distriktet, kanskje i landsdelen generelt, har vi ikke hatt så mange smittetilfeller som på det sentrale østland. Så informasjonen burde kanskje tilpasses mere de lokale forhold.

#### **4.3.4 INNBYGGERES ERFARINGER**

I studien i dette caseområdet deltok ni innbyggere. De var i alderen fra 67 til 91 år, tre menn og seks kvinner. Fire bodde alene, to skilte og to enker, mens fem bor med partner, enten som gift eller som samboende. Fem bor i eget hus lokalisert fra én til fire mil fra kommunens administrasjonssenter. Et par bor i kommunesenteret i leilighet, et annet par bor på et småbruk, mens en bodde i omsorgsbolig i administrasjonssenteret. Alle har barn og barnebarn, varierende i antall, enkelte hadde også oldebarn, men en av dem hadde ingen nær familie i kommunen. Fire innbyggere hadde tilbud fra hjemmebaserte tjenester da de ble intervjuet. De hadde både varierende bakgrunn og varierende funksjonsnivå. Ett av intervjuene ble gjennomført med et ektepar, som ønsket å delta i intervjuet sammen.

#### 4.3.4.1 Begrensninger i dagliglivet

Intervjuene i dette caseområdet tyder på at hverdagslivet blant innbyggerne har blitt berørt i ulik grad, men samtidig i begrenset grad sammenliknet med andre, selv om de nasjonale smittevernreglene også ble satt i verk her. I åpningen av intervjuet bemerket flere av informantene at de «ikke hadde merket noe til korona». Når disse informantene forteller mer detaljert om dagliglivet i løpet av de siste 18 månedene, kommer det likevel frem vesentlige erfaringer.

Et ektepar, som begge er omkring 80 år, driver et turiststed i fylket. De forteller at hverdagen deres er og har vært lite preget av pandemien, både på grunn av lite smitte i området og fordi begge er fullvaksinerte:

Vi går på besøk til naboen som før, og munnbind vet vi nesten ikke hva er. Så vi har levd et nesten normalt liv, bortsett fra at vi savner barnebarna.

Ekteparet har barn og barnebarn bosatt andre steder i landet, og det har til dels vært en utfordring å opprettholde kontakten med disse. De forteller at de har god plass på eiendommen og kan innlosjere familiemedlemmer i hytter når de kommer på besøk. Vanligvis holdes disse hyttene åpne for turister, men dette året har de valgt å stenge for denne gruppen besøkende:

Vi stengte ute turistene og tok imot barn og barnebarn så vi slapp å bo oppå hverandre. ... Vi hadde besøk av vår yngste datter med to barn like før påske, de kom [fra navn på område], de hadde tatt koronatest før de kom. Vi løste likevel smittefaren ved å være mest mulig ute. Vi var ikke så strikse. Men vi prøvde jo å holde avstand, da

Den måten ekteparet kanskje merker pandemien mest på, er strenge restriksjoner mot å krysse landegrensene. I denne regionen har det vanligvis vært nær kontakt på tvers av landegrensene, og det har vært like vanlig å handle på andre siden av grensen, som i den nærmeste butikken på norsk side. Kontakten på tvers har fått en kraftig demper under koronapandemien. Ekteparet kan også vise til noen mer alvorlige eksempler på at folk har blitt holdt fra hverandre, for eksempel når det gjelder barn hvor foreldrene er fra hver sin side av landegrensen:

Vi har også barn med far på [navn på land] og mora fra Norge, så barna har ikke hatt anledning til å besøke den ene forelderen på [navn] side. Det har vært så lite smitte i [navn på område] og likevel har man tviholdt på stengning.

En av informantene som ikke har nær familie i kommunen, hadde før pandemien fått innvilget støttekontakt til å gå på tur ute to ganger per uke. I perioden med full nedstengning, ble også dette tilbudet satt på pause. Denne informanten var redd for å falle, men kunne gå små turer alene innendørs med trygghetsalarm. Utbyttet av enkel bevegelse innendørs, ble imidlertid ikke vurdert som like verdifullt som turene ute i frisk luft.

I denne kommunen er det en bygdekafé for de eldre, som har holdt stengt i perioder. Ekteparet, som er referert til i avsnittene over, beskriver ikke stengningen som et problem for egen del («kaffe det har vi jo hjemme og»), men de ser samtidig at det kan ha vært et savn for de som er ensomme og har få andre å omgås.

Andre innbyggere forteller at de selv har vært sterkt berørt av at dagsenteret i kommunen har vært stengt i en lang periode mens pandemien har vart. Et annet tydelig savn, var en ukentlig sosial sammenkomst med forskjellige aktiviteter som en frivillig organisasjon arrangerer. Dette tilbudet har vært stengt i hele perioden fra mars 2020 til slutten av september 2021. Tilbudet til beboere i omsorgsboliger var også sterkt begrenset i en lengre periode. De som bodde der hadde før nedstengningen fått servert tre daglige måltider i fellesarealer, om de ønsket det. Etter noen måneder ble det åpnet for felles middagservering, men da med et begrenset antall beboere til stede. Noen av de eldste informantene ga også uttrykk for å være mer bekymret for at de strenge tiltakene har rammet andre sterkere enn dem selv. En informant som selv var forhindret fra å gå ut under nedstengningen på grunn av svekket helsetilstand, formulerte dette på følgende måte:

Jeg tenker aldri på smitte. Jeg ofrer det ikke en tanke, men jeg vet at på andre steder har ikke senile forstått at de ikke kan treffe andre og hvorfor de ikke kan det.

En annen informant var derimot spesielt opptatt av å unngå smitte:

Jeg har vært veldig forsiktig. Jeg går ikke ut blant mange – jeg er redd fordi jeg har hatt [navn på sykdom]. Jeg har sikkert svekket immunforsvar på grunn av det – så jeg er forsiktig med å være blant folk. Jeg bruker munnbind i butikker. Mange bruker det – folk er flinke. Man må gjøre noe selv for å hindre smitte. På dagsenteret holder vi avstand. Jeg tenker ikke på det hver dag, men det er greit at man passer seg – at man ikke klemmer på andre eller kommer for nært. Man trenger ikke å være så nær – om noen kommer for nært, sier jeg ifra.

En av de eldste informantene fortalte om savnet av tettere kontakt med barn og barnebarn som bor andre steder i landet. Den siste tiden hadde det vært vanskelig for denne informanten å reise noe sted på grunn av egen helsetilstand, uavhengig av koronapandemien. Barna har imidlertid kommet flere ganger på besøk i løpet av det siste året og har da bodd på hotell eller i hytte. Ingen av barnebarna har vært på besøk. Kontakten med venner var av naturlige grunner også begrenset: *mine venner er på kirkegården eller er senil*. Andre ga uttrykk for at deres behov for sosial kontakt ikke var spesielt stort:

Jeg sitter nå bare her - men livet mitt er bra selv om jeg ikke kommer meg noe sted. Jeg har TV-en på for å ha litt lyd i huset. Jeg har noe å gjøre og henge fingrene i [strikker til barnebarn og oldebarn]. Jeg blir ikke lei.

#### 4.3.4.2 ... friheten er tatt ifra meg

En kvinne i slutten av 70-årene, peker på hvordan hverdagen på mange måter leves som før, men der det er noe viktig som likevel mangler. Det å gå på butikken er ikke noe problem, er det kjøp der inne, venter hun bare ute. Men hun forteller at det likevel er en form for frihet som hun opplever hun har mistet:

Hverdagen min er god, men friheten er tatt ifra meg. Det å ikke kunne gå dit jeg ønsker, det å ikke kunne gi en medbygding en klem. Jeg føler som jeg har ... Det er friheten som er tatt i fra meg. For å beskytte meg selv, må jeg være mest mulig hjemme. Jeg klarer å bære det trykket for å si det slik. Men du er ikke deg selv, for du har mistet noe.

Du kan ikke være den personen du er i hverdagen, når du får noe slikt. Det stopper jo opp. Det å ikke kunne treffe barn og barnebarn, ikke kan være de nær. Det er det JEG savner.

#### 4.3.4.3 *Forventninger til og krav om digitale ferdigheter*

Også kvinnen, som er nevnt over, har barn og barnebarn bosatt andre steder i landet. Hun forteller at svigerdatteren har «tvunget» henne til å skaffe seg nettbrett, noe hun er glad for i dag:

Ja, og det er jeg glad for at barna har påtvunget meg å kjøpe nettbrett. Hadde jeg ikke hatt det, hadde jeg egentlig ikke sett barnebarnet.

Hun synes ellers at kommunen har vært flink til å informere om pandemien og tiltakene. Hun synes likevel det har vært tungvint å få registrert seg slik at hun kunne bli vaksinert.

Jeg syns kommunen har, de har vært flink å fortelle, det lille som har vært. Det eneste jeg kan si, er når det gjelder vaksine, for å få den, der syns jeg det har vært vanskelig. For der måtte du gå inn på dataen. Der kom vi til kort, for vi er ikke dataeksperter. Da måtte jeg ringe sønnen min. (...). For det er kanskje ikke alle eldre som kan mestre den, og har de ikke andre til å hjelpe seg.

De eldste informantene i utvalget, som var rundt 90 år, ga uttrykk for at de hadde betydelige problemer med digitale løsninger. De manglet enten tiltro til at det var mulig for dem å lære noe nytt, hadde forsøkt, men ikke fått det til, eller hadde fått det til tidligere, men ikke nå lenger:

Jeg har ikke noe digitalt - jeg har ikke hode til å lære noe nytt. Telefonen er min beste venn. Jeg kan snakke i timevis. Jeg bruker vanlig telefon og mobil – jeg savner ikke å bruke bilde – det er nok å høre. Jeg snakker i telefonen nesten hver dag – jeg ringer til noen og barna mine ringer til meg. ... Jeg ringte mer før da vennene mine var i livet. Det er få igjen av mine og min manns omgangskrets. Det er nå engang sånn.

Jeg fikk Facebook eller hva det nå kalles for. ... Jeg har et nettbrett – kun et lite et, men det har ikke vært brukt på lenge. Barnebarn hjalp meg. Men det var stadig skifting av passord, og så må man trykke her og der, og ikke her og ikke der – jeg ga opp. Døtrene mine sier: «du har jo sendt melding». «Ja, men jeg vet ikke hva passordet er», svarer jeg. Det [Facebook o.l.] kunne ha vært et tidsfordriv når man sitter alene, men det er mye teknologi man kan klare seg uten. ... Det kommer hele tiden nye ting. Jeg kan ikke engelsk - om det kommer noe uten passord, kan jeg svare dem på det. ... Jeg har ikke smarttelefon med bilde – jeg kan bare snakke med dem som det er. Jeg kunne ha fått smarttelefon gjennom hjelpemiddelsentralen, men det ble ikke mer snakk om det. ... Det høres jo bra ut, om jeg får det til. Det kunne ha vært artig å snakke med noen med bilde når man er hjemme alene. .... Det som en gang var enkelt er nå blitt vanskelig for eldre folk.

En annen informant i slutten av 70-årene, som bor alene, ga uttrykk for å være interessert i teknologiske løsninger, men har støtt på visse hindringer:



Jeg har ikke smarttelefon, men jeg kunne ha ønsket å få hjelp til å lære. ... Jeg er litt klønete, men jeg er fornøyd med å ringe. ... Egentlig lever jeg i en taus verden, så jeg kunne ha tenkt meg litt mer liv – og jeg har trengt å lære litt [digital teknologi]. Jeg har vært på kurs som kommunen hadde, men alt er glemt en uke etterpå. Jeg forstår det ikke – På skolen var jeg flink i matte og språk og slikt – men jeg vet ikke hvorfor jeg ikke klarer å lære teknologien. Jeg hadde noen timer, men hadde glemt alt da jeg kom neste gang. Jeg øvde kanskje ikke nok. Det er så anstrengende å prøve. En nabo er ekspert, så jeg tar kontakt med han om det er noe med mobilen. Jeg har PC, men bruker den lite. Sønnene mine er flinke med tekniske ting, men jeg strever.

En informant på omtrent samme alder som informantene som er sitert over, var ikke interessert i «ny teknologi»:

Jeg har vanlig mobiltelefon. Jeg er ikke interessert i noe annet. Jeg har en sånn telefon med mulighet for bilde, men jeg bruker den aldri. Jeg har ikke PC og ikke Facebook. Jeg orker ikke det der. Det er godt å treffe folk direkte – og å snakke med folk på en vanlig måte. Jeg trenger ikke å se folk som jeg snakker med på telefonen.

#### 4.3.4.4 *Lojalitet til nasjonale regler, men vi må også være litt fornuftig og se litt «praktisk» på det*

En mulig interessant observasjon i intervjuene med informantene i denne kommunen, er hvordan de uttrykker lojalitet til det nasjonale regelverket, selv om kommunen har vært så å si helt smittefri. Det ene ekteparet beskriver hvordan de tok sine forholdsregler når de er på butikken eller ute og reiser, og er opptatt av at man skal følge de råd og påbud som myndighetene gir. En kvinnelig informant uttrykker noe av det samme: *Vi har forholdt oss til de nasjonale reglene, ellers gjør vi som vi vil.*

En mannlig innbygger på omkring 70 år beskriver også hvordan de har vært opptatt av å overholde de nasjonale reglene til tross for lav eller ingen smitte. De har latt være å holde fysisk møte i foreningen hvor han er leder, også fordi de ikke ønsker å bli holdt ansvarlig dersom de i foreningen skulle ha blitt årsak til smittespredning:

Det har ikke vært smitte i kommunen omtrent, så rent praktisk kunne vi sikkert holdt møte, men vi i styret i alle fall, har truffet beslutninga. For i tilfelle noen skulle bli smittet så vil vi ikke bli holdt ansvarlig. Medlemmene er godt voksne folk og det ville bli forferdelig dersom noen skulle bli smittet.

De har opplevd det slik at informasjonen fra de nasjonale myndighetene som oftest ikke har svart til deres behov ute i distriktene:

Man har snakket om smittesentre og så videre. Her i kommunene, kanskje i [navn på område] generelt, har vi ikke hatt så mange smittetilfeller som i [navn på område]. Så informasjonen burde kanskje tilpasses mere de lokale forhold. (...) Ja, vi har ikke følt oss begrenset av virusmitte, men av nasjonale anbefalinger.

Informantene gir som nevnt, uttrykk for en lojalitet til de nasjonale smittevernrestriksjonene. Samtidig blir det også gitt uttrykk for frustrasjon over at reglene og retningslinjene er like streng over

hele landet, og at de også kan være vanskelig å holde rede på og å følge. Men av og til må det brukes «sunn fornuft», slik en informant uttrykte det. Denne informanten fortalte blant annet om hvordan de løste 17-mai feiringen, i en situasjon med strenge smittevernregler og uten smitte i kommunen. Selve 17-maitoget ble gjennomført som en bilkortesje, noe som falt i smak. Men da kortesjen var fremme ved skolen hadde folk et behov for å samles, og en av de fremmøtte tok ansvar for situasjonen: *Så sneik vi, vi åpna – vi, sa vi åpner nu dørene. Så lot vi dørene stå.*

Visse «lokale tilpasninger» innenfor de gjeldende smittevernreglene, kom også frem i intervjuet med en av de eldste informantene i dette caseområdet. Denne informanten bodde i omsorgsbolig. Alle beboerne i dette boligkomplekset hadde fått beskjed om at de ikke kunne ta imot besøk, verken i egen leilighet eller i felles lokaler. Selv om denne informanten ga uttrykk for at smittevern var viktig, ble bestemmelsen om å avvise besøkende etterfulgt i varierende grad:

Vi fikk ikke ta imot besøk. Det gjaldt alle som bor i institusjon. Men vi som bor her, gjorde egentlig som vi ville. Vi slapp inn folk selv om det ikke var lov. Jeg åpnet døra når de ringte på - jeg slapp inn de som kom eller som ringte. Det gjorde hun som bor på siden her også. Det kom venner fra [navn på andre steder i kommunen og fylket] ...

Informanten som er sitert over, la til at de [kommunens innbyggere] stoler på hverandre og tar for gitt at ingen bringer med seg smitte om de kommer på besøk. En annen informant fulgte opp i samme spor, og la til:

Alle var opptatt av det [koronasituasjonen]. Vi var trygge på hverandre. ... Jeg stolte på drosjesjåføren. I [navn på kommunen] begrenset vi besøk. Det var ikke mange her samtidig. Vi brukte munnbind og hansker og sprit. Folk hadde dette hjemme, og med seg i lommen og på butikker. En god del brukte munnbind, men noen lo og tenkte at det ikke var viktig, men man visste jo aldri.

Andre ga uttrykk for at de ikke hadde vært engstelig for smitte på noe tidspunkt, men de hadde ellers unngått å utsette seg for smitte, som denne informanten:

Jeg har ikke vært redd for korona. Jeg fikk tidlig vaksine. Munnbind – jeg har aldri brukt det. Jeg har nesten ikke vært i butikken. Det er fire mil til nærmeste butikk. Jeg har ikke bein til å gå ut – nå er det så vidt de bærer.

#### 4.3.4.5 Andre følger av pandemien

En av informantene hadde blitt rammet av alvorlig sykdom i en tidlig fase av pandemien og ble lagt inn på et større regionsykehus. Ifølge beskrivelser i intervjuet ble behandlingen noe amputert fordi sykehuset måtte rydde plass til pasienter som var blitt smittet av koronaviruset. Informanten ble derfor skrevet ut til videre behandling i kommunen. Kort tid etter utskrivelsen oppsto komplikasjoner i tilknytning til sykdommen, og informanten ble på nytt lagt inn på det samme sykehuset. Nok en gang ble koronasituasjonen i regionen forverret, og informanten ble skrevet ut igjen til videre behandling i kommunen. Da intervjuet ble gjennomført, var komplikasjoner etter sykdommen fortsatt ikke bedret.

#### 4.3.4.6 Aldersvennlig tjenestetilbud

Informantene som mottok hjemmetjenester, pekte i intervjuet på at eldreomsorgen i kommunen var svært god, ikke bare under perioden med koronapandemi, men generelt sett. En av dem beskrev imidlertid misnøye med det som hadde blitt oppfattet som et press om å flytte til en omsorgsbolig i kommunesenteret, uten at det samtidig ble informert om hvor mye dette koster. Denne informanten hadde blitt svært overrasket da første krav om husleie forelå, og valgte av økonomiske grunner å flytte tilbake til egen bolig. Under intervjuet ga denne informanten, som de andre, uttrykk for å være svært fornøyd med hjemmetjenesten. En av de eldste sa det slik:

Eldreomsorgen er god her i [navn på kommunen]. Jeg har ikke hørt om noen som har klaget eller har hatt det vondt – eller som mangler stell eller hjelp. ... Hjemmesykepleien kommer innom og ser til meg når de er innom hos naboen, selv om de egentlig ikke trenger det: «Vi holder et øye med deg», sier de. Til meg kommer de ellers annen hver uke med medisiner. ... Den dagen vi ikke klarer oss selv, blir vi flyttet [til en omsorgsbolig med hjelp]. Jeg vet ikke hvordan jeg kunne ha hatt det bedre. Så lenge jeg går på mine ben, har jeg det godt. Men jeg merker at korttidsminnet ikke er som før.

En annen informant som hadde barn og barnebarn i kommunen, fortalte i intervjuet at hjemmetjenesten og naboer var viktigere for å få «hverdagslivet til å gå rundt» enn det nærmeste familie var selv om de bodde i nærheten. Hjemmetjenesten kommer innom hver dag blant annet med middag og «slår da av en prat», mens naboer og en venninne hjelper til med kjøring til og fra butikken. Dette hadde ikke endret seg under pandemien. For en informant som beskrev en hverdag med begrenset sosial aktivitet, blant annet på grunn av at dagsenteret og et ukentlig sosialt treff hadde vært stengt samtidig, hadde hjemmetjenesten vært en redningsplanke, ikke bare med tanke på hjelp til stell, men også for et minimum av sosial kontakt:

Her er det kun hjemmetjenesten som kommer morgen og kveld. Da ser jeg i alle fall dem hver dag og har noen å prate med. Det er hyggelig på dagsenteret, men det er nok med en dag i uken. Jeg må ikke ha mye folk rundt meg – jeg fikk nok av det da ungene var små.

## 4.4 CASEOMRÅDE 3

### 4.4.1 INNLEDNING

Det tredje caseområdet er en bydel i en større kommune. Hjemmebaserte tjenester er her fordelt på fire avdelinger, med fem avdelingsledere og felles enhetsleder. Ifølge lederne som ble intervjuet, hadde de fire avdelingene blitt opprettholdt etter sammenslåingen av bydeler for noen år siden, fordi de ønsker å yte tjenester mest mulig nært der brukerne bor. Da studien ble gjennomført, var denne kommunen en av landets kommuner med størst utbredelse av Covid-19 målt i antall innbyggere med påvist smitte. I intervjuene ble imidlertid smitteutbredelsen i den aktuelle bydelen oppgitt som relativt lav, både når det gjelder antall ansatte som har vært smittet, og antall brukere av hjemmebaserte tjenester som hadde testet positivt for koronavirus. Denne kommunen hadde hatt større utfordringer med smittesituasjonen ved noen av sykehjemmene, hvor flere eldre hadde dødd med, eller som følge av, Covid-19-sykdom. Intervjuene ble gjennomført i mars og april i 2021.

## 4.4.2 HJEMMEBASERTE TJENESTER: LEDERES VURDERINGER OG ERFARINGER

### 4.4.2.1 Håndtering av smittevern og koronarestriksjoner

I intervjuet rekonstruerte informantene i hovedtrekk hvordan de fra starten av hadde håndtert utfordringer med smittevern både innad i organisasjonen og utad med tanke på tjenester rettet mot brukerne. Et par dager før nedstengning i mars i 2020 var det avtalt ledersamling for hjemmebaserte tjenester i bydelen. Denne samlingen ble det ikke noe av. Alle planer måtte avlyses og lukkes, inkludert alle møter og all opplæring. I intervjuet fortalte informantene at de i forkant av nedstengningen hadde begynt å tenke gjennom hva de hadde av brukere, hva som er nødvendig helsehjelp og hva de hadde av utstyr. De satt opp prioriteringslister, og identifiserte hvem som kunne klare seg uten hjelp, eller med redusert hjelp. De måtte sørge for å ha et visst handlingsrom om de skulle bli hardt rammet. Tjenesten har noe i overkant av 500 brukere. Flere brukere hadde imidlertid uttrykt skepsis til å få ansatte fra hjemmebaserte tjenester på besøk fordi de var redd for å bli smittet:

Vi kategoriserte pasientene. .... I starten var det en god del pasienter som ble avlyst. ... Mange ansatte gikk ut i karantene om de var litt småsnufset - mange var derfor borte fra jobb. ... Vi avlyste i samarbeid med pårørende. Vi avlyste mest dusjing og støttestrømper hos dem som bor hjemme med pårørende. Mange ønsket ikke hjelp. De avlyste selv. De som ble avlyst eller avlyste selv, ble fulgt opp med telefonsamtale. Vi avlyste dusjing i et par uker. Det ble grundig vurdert. Vi ble oppfordret til å ha mye tid. ... Vi måtte forberede oss på at det i løpet av en helg kunne komme smitte i en avdeling. Vi måtte ha rutiner i møte med brukere; holde avstand, bruke smittevernutstyr.

Informantene antydte at noe mindre enn 10 prosent av brukerne ble avlyst i den første fasen, medregnet brukere som selv takket nei til tjeneste. Alle avlysninger hadde blitt gjort i samarbeid med bruker, fastlege og pårørende. I intervjuet beskrev lederne samtidig at de erfarte stor grad av usikkerhet rundt hvordan det var best å ivareta smittevern, og om hvem som hadde ansvar for å gjøre hva:

Vi lurte på: Hvem skal bestille? Hvem skal hente utstyr og hvor? De vanligste tingene var ikke tilgjengelige, som hansker og håndsprit. Det var også en stor diskusjon om munnbind. Vi forholdt oss til FHI. Vi fikk beskjed om at vi ikke skulle bruke munnbind. Så før ferien brukte vi ikke munnbind, men det kom et skifte etter ferien.

Ifølge informantenes beskrivelser var kompetansen om smittevern i avdelingen jevnt over god, men det var likevel behov for oppfriskning, særlig for helgevikarer og assistenter. Lederne hadde derfor laget sjekklister og bestemte hvem som måtte ta kurs. Samtidig forsøkte de å begrense de inngripende tiltakene:

Vi hadde plan for smittevern, men den har lagt der og vært lite brukt. Vi kunne ha arbeidet mye mer med den. ... Det ble mye e-læringskurs, blant annet om smittevernsrutiner. .... Vi kan ikke drifte 100 prosent og samtidig sikre at personalet har nødvendig kompetanse, så vi tok ned det vi kunne, men vi driftet tilnærmet normalt etter noen uker. Vi landet litt i det.

Det har ikke vært mye avlysning i ettertid. De som har pårørende, var veldig på i starten. Ingen så for seg at dette ville vare i over ett år.

I intervjuet ble det videre presisert at bydelen hadde kommet godt ut av koronapandemien, i den forstand at det hadde vært lite smitte å spore. Litt av æren for dette tilskrev informantene den måten som hjemmetjenesten i bydelen hadde håndtert situasjonen på, og de tiltakene som ble satt i verk for å begrense smittespredning:

Bydelen har vært heldig, men vi har også vært flinke. Vi har hatt fire ansatte som har vært koronasyke. Vi har kommet godt gjennom dette. Få brukere har vært smittet. Avdelingslederne har jobbet godt. De viste tillit til ansatte. Vi har også holdt fokus på avstand, og vi har hatt hyppigere renhold. Alle måtte ta med seg matpakke for å unngå å måtte handle og gå inn og ut av butikker.

Hjemmebaserte tjenester hadde forsøkt å opprettholde sine tilbud til brukere så langt som lederne mente at det var faglig forsvarlig, og i samråd med lokalt smittevernpersonell, fastleger og kommunalleder for seksjonen. Informantene hadde likevel erfart uheldige konsekvenser både for egne brukere og for andre eldre, selv om andre tjenester i kommunen hadde forsøkt å redusere ulempene i så stor utstrekning som mulig:

Den største endringen var at dagaktiviteten ble stengt. Det har blitt mye større grad av ensomhet. Mange har hatt vekttap. De gledene de hadde, ble tatt fra dem. Fysisk helse blir påvirket av samvær rundt måltider. I stedet for dagsenter har det vært noen en-til-en-møter. De har gått på tur. Men det har ikke vært nok. ... Frivillighetssentralen har gjort en del, som å ringe til faste tidspunkt. ... Kommunen har også hatt tiltak. Ansatte på dagsenter har for eksempel møtt enkelte brukere en-til-en. Frivillige har vært brukt til å følge pasienter. [Navn på frivillig organisasjon] brukes ofte. Frivillighetskoordinatorer har også bidratt.

#### *4.4.2.2 Informasjon og pålegg fra lokale og nasjonale myndigheter*

Et gjennomgangstema i store deler av intervjuet dreide seg om frustrasjonen som informantene hadde følt knyttet til informasjon om pandemien og om restriksjoner på grunn av denne. Her var det både snakk om mengden av informasjon totalt sett og om forvirring angående hvilke bestemmelser som var gyldige. Ikke bare varierte budskapet fra lokale myndigheter i noen faser fra det som ble formidlet fra nasjonale myndigheter. Informasjon fra ulike kilder lokalt var til dels motstridende, om enn ikke i hele perioden. Til tider var også informasjonsmengden så stor og budskapene så skiftende, at det var komplisert å holde oversikt, som det går frem av følgende utdrag fra intervjuet:

Det har vært mye. Det endret seg fra dag til dag. Etaten var flink med daglige møter. Vi leste ofte nyheter fra egen etat. Vi måtte inn på nettsider fra FHI, Helsedirektoratet og egne nettsider. Vi måtte dobbeltsjekke. Det var mye forskjellige vinklinger - ikke ett svar. FHI endret hver dag. Etaten gjorde så mye som de kunne. Kommunen hadde også koronaoppdatering. Det var uendelige mengder med informasjon. Det var strevsomt i starten. Det var også en stor utfordring med smittevernutstyr [hva som skulle brukes og når tid]. Etter to timer borte var e-postboksen full med informasjon og beskjed om endringer. Vi fikk svar når vi spurte, men det var ulike beskjeder fra smittevernkantor og fra andre

kilder. Det var ikke vanskelig å spørre, men vi var frustrert, og vi er noe frustrert fortsatt når vi henvender oss til smittevernkontoret med spørsmål om hvordan ting skal håndteres. Innhold i informasjonen tolkes ulikt. De største utfordringene har handlet om hvilken type smittevernutstyr vi skal bruke. Det har vært forskjellige beskjeder. Noen har tolket informasjon fra FHI og Helsedirektoratet ulikt, særlig informasjon om ikke å bruke munnbind.

Informasjon fra legevakt og smittevern har ikke vært samkjørt. Journalføring og oppdateringer, med endringer i helger, har vært utfordrende å sørge for at alle har blitt orientert om. Det har vært vanvittig mange informasjonskanaler. Vi har vært utrygg på hva som skal gjøres til enhver tid, med testing for eksempel. Vi vet nå hvem vi skal spørre. Men vi svarte noen ganger feil. Det har vært utfordrende å svare på telefon fra ansatte om de kan komme på jobb. Vi måtte til slutt si at hver og en må ta ansvar for seg selv. Vi har heldigvis hatt nok personale å ta av. Vi har hatt studenter. De har vært mer tilgjengelig.

Noen utfordringer i dette caseområdet ble løst ved at hjemmebaserte tjenester hadde tilgang på studenter som ekstrapersonell, som pekt på i sitatet over. Store utfordringer måtte imidlertid også håndteres internt ved at ansatte hadde ulike oppfatninger. Noen av de ansatte ga dessuten uttrykk for at de manglet tillit til råd om smittevern som kom fra nasjonale helsemyndigheter:

Det har vært litt uenighet. Ansatte ønsket å beskytte seg mer. De følte seg utrygg. De ville også beskytte risikogrupper. Vi kunne ikke ha brukt munnbind imot [nasjonale] anbefalinger. Vi kunne ikke lage egen regel i regelen. Media fulgte oss med argusøyne. Da smittesituasjonen endret seg i [navn på kommunen] startet vi med munnbind og bruker det alltid.

#### *4.4.2.3 Nye samarbeidsformer og forsøk på nye løsninger*

På spørsmål om det i forbindelse med koronapandemien hadde skjedd endringer i måten ansatte i hjemmebaserte tjenester arbeider på, og om de har fått nye samarbeidspartnere eller om de har samarbeidet på andre måter, svarte informantene både ja og nei. Den største endringen var digital samhandling. Dette hadde lettet arbeidet i betydelig grad:

Vi har blitt digital. Vi begynte med Skypemøter, men nå bruker vi Teams, og samles på morgenen. Det er effektivt. Det er en lav terskel for å samhandle mellom ledere. På det verste var det to møter per dag. Det ble en del overtid i starten, men det inngår i fleksitid.

Noen former for digitale løsninger hadde blitt forsøkt i kontakt med brukere, men dette ble beskrevet som lite vellykket. Lederne som ble intervjuet, bemerket at som oftest fungerer ikke digitale løsninger som erstatning for direktekontakt med brukere, slik som mange argumenterer for, fordi brukerne vanligvis har behov for tjenester som krever møter en-til-en:

Vi har prøvd digital kontakt med brukere, for eksempel videomøte, men det har ikke vært vellykket. Brukere har problemer med å logge seg på. ... Våre brukere trenger helsehjelp [i hjemmet]. Alarm er på gang, men ikke på grunn av korona. Vi har sensorteknologi. Responssenter overvåker løsninger. Vi har egne team som drar ut. Men de hjelper ikke med

medisiner. Det blir ikke mer tid hos brukerne. I starten var noen engstelig, eller de var imot endringer.

Andre endringer som gjaldt samarbeid, dreide seg om styrking av enkelte samarbeidsrelasjoner mer enn nye samarbeidsrelasjoner. Som eksempler ble det nevnt at de hadde samarbeidet mer og tettere både med vurderingskontoret og med representanter for forvaltningen. Informantene understreket at de var særlig fornøyde med relasjonen til egne ledere og med den støtten de hadde fått i en utfordrende tid, som en av dem poengterte:

Det har vært korte linjer inn til ledelsen. Vi kunne be om møte på kort varsel. Vi har vært en kommune gjennom hele året. Vi har fått veldig god støtte fra egne ledere og andre. Vi kunne ringe om kvelden å få svar. Det har vært lav terskel for å ta opp hva som helst. Ingen spørsmål ble oppfattet som dumme. Det har vært voldsomt å tolke all informasjonen. Vi har tenkt høyt sammen med ledere. Jeg har også fått støtte fra andre ledere, og jeg vet at jeg kan ta kontakt.

#### 4.4.2.4 Læringsverdi

En av flere læringsverdier som ble trukket frem mot slutten av intervjuet, var en re-erkjennelse av at smittevern er viktig, og at dette kan være alfa og omega i dag som i tidligere tider:

Smittevern har vært en passiv ting. Håndhygiene og avstand. Historien har vist oss at det er viktig. Vi har lært mye.

Læringsverdien ble beskrevet som betydelig også innenfor andre områder. Positive aspekter ble særlig knyttet til styrket samarbeid og mulighetsrommet som åpnes opp av digitale plattformer, som nevnt over. Blant annet ble det løftet frem at kvaliteten på tjenester var blitt styrket som følge av at de forskjellige avdelingene hadde samarbeidet på tvers:

Vi har fått tettere og bedre samarbeid på tvers av etater, men vi savner å være tett fysisk. Vi har blitt en bedre organisasjon. Det har vært lite syting og klaging. Vi har fått bedre kontakt på tvers av avdelinger. Godt samarbeid har ført til bedre kvalitet for brukere. Erfaringer og forbedringsarbeid har blitt delt mellom avdelinger. Vi kommer frem til beste praksis og dette gir brukere bedre tjenester. Lav terskel for å dele erfaringer har gitt større trygghet i arbeidet. ... Godt samarbeid er en essens i dette. La folk slippe til. Arbeid med tillit og faglighet i kommunen er også en del av dette, og det har vært fruktbart. Det kan ikke sitte en leder og detaljstyre fra 30 til flere hundre ansatte.

Et annet aspekt som denne gruppen av informanter ønsket at alle kunne lære av, var betydningen av informasjonen som gis og hvordan denne håndteres:

For kriseledere er det viktig å vite at det kan aldri bli nok informasjon. Behovet er umettelig. Ved mer smitte blir det kanskje andre endringer. Media spør – «er det hos deg det er smitte»? Dette skaper utrygghet. I hjemmetjenesten var det brukere som avlyste tjenesten fordi de var engstelige. En av dem som selv avlyste, var vi bekymret for, men fastlegen fulgte opp.

#### 4.4.3 ANDRE AKTØRERS BIDRAG OG ERFARINGER

**Frivillighets-/aktivitetskoordinatorer:** To av de tre informantene i denne gruppen hadde stilling som frivillighetskoordinator. Den ene av dem var prosjektleder for aktivitetssenter for personer med demenssykdom. Den tredje informanten var aktivitetskoordinator for hjemmeboende eldre med blant annet særlig ansvar for aktivitetsvenntilbudet gjennom Nasjonalforeningen for folkehelsen. I intervjuet fortalte informantene at i forkant av koronapandemien hadde noen av deres oppgaver blitt redusert fordi kommunen skulle spare penger. Etter at strenge koronarestriksjoner ble satt i verk, tok imidlertid disse tre koordinatorene over deler av arbeidet som frivillige vanligvis tar seg av blant beboere i omsorgsboliger. Arbeidet dreide seg i hovedsak om forskjellige aktiviteter som skulle stimulere både fysisk og kognitiv funksjon.

Etter 12. mars 2020 ble alle dagsentrene og seniorsenter i tilknytning til omsorgsboliger og andre boligkomplekser i kommunen, umiddelbart stengt for matservering og aktiviteter i felles lokaler. Blant aktiviteter som ble satt på pause, ble det blant annet nevnt tilbud om Aktivitetsvenn hvor det, ifølge informantene, hadde meldt seg mange interesserte, men hvor det i forkant av pandemien ikke hadde vært mulig å koble alle. Spisevenn ble derimot ikke stengt, men innskrenket. I dette tilbudet deler en frivillig og en eldre hjemmeboende et måltid, går på tur eller på kino enten hver eller annen hver uke. I utgangspunktet var det tenkt at Spisevenn skulle være et en-til-en-tilbud, men koordinatorene har i ettertid sett at tilbudet kan være godt egnet i grupper i omsorgsboliger. Kommunen har imidlertid erfart at det er flere frivillige som ønsker å være Spisevenn enn det er eldre som ønsker å ta imot tilbudet. En av informantene kommenterte at dette kanskje handlet om at eldre som gir uttrykk for skepsis over for et slikt tilbud, ønsker å skjule at de føler seg ensom. Tilbudet om Spisevenn ble forsøkt opprettholdt i perioden med koronarestriksjoner i koblinger som allerede var etablert. I de tilfellene der fortsatt kontakt var aktuelt, ble det ikke delt måltider, men den frivillige og den eldre gikk på tur sammen eller snakket per telefon.

I forbindelse med nedstengningen av ordinære aktiviteter, hadde kommunen tilbudt Telefonvenn via Frivillighetssentralen. Det hadde imidlertid vært lite etterspørsel etter dette selv om tilbudet har vært informert om via flere kanaler, inkludert via kommunens nettsider, oppslag i omsorgsboliger og innlegg i lokalaviser. Beboere i omsorgsboliger har også fått tilbud om «kultur på hjul» med finansiering fra Helsedirektoratet og Statsforvalteren. I perioden med koronarestriksjoner har de tre informantene selv kjørt minibuss med et begrenset antall passasjerer for å ta hensyn til smittevernregimet. I tillegg hadde informantene under pandemien tatt med seg eldre på besøk i gårdsbarnehager, plantet trær med dem i nærmiljøet sammen med barnegrupper, bidratt i tilstelninger til Påske og 17. mai, arrangert quiz, rebusløp, utendørs Bingo og bistått eldre i forbindelse med aktiviteter knyttet til kulturell spaserstokk og deltakelse på utekonserter. Det de har hatt av positive erfaringer med tiltak under pandemien, håper de at frivillige og miljøarbeidere kan følge opp og fortsette med når koronarestriksjoner oppheves og de kan gjenoppta virksomheten som var rettet mot beboere i omsorgsboliger.

Selv om de tre informantene ønsket å nå alle beboere i omsorgsboliger i den perioden hvor de overtok arbeidet som frivillige vanligvis tar seg av, hadde de verken tilstrekkelig tid eller tilstrekkelig med ressurser til det. I intervjuet beskrev de også erfaringer med at flere eldre ble betydelig svekket i perioden med nedstengning, som det går frem av utsagnet nedenfor:



Flere fallerte. De måtte flytte på sykehjem. Alle rutiner ble nedlagt. Alt forsvant under beina på de, og de ble svekket både fysisk og mentalt. [Navn på kollega] på aktivitetssenteret kan fortelle om hjelpebehovet som økte i perioden med nedstengning.

**Frivillig organisasjon:** Som svar på spørsmålet om organisasjonens erfaringer med koronapandemien knyttet til hjemmeboende eldre, beskrev representanten først og fremst utfordringer knyttet til tilbudet om Besøksvenn, som er en av organisasjonenes kjerneaktiviteter. Dette tilbud har lang tradisjon i denne kommunen, og det hadde vært stengt, eller kraftig redusert, i rundt ett år da intervjuet ble gjennomført. Organisasjonen har som mål å nå ut med tilbud til eldre, inkludert friske eldre, før de blir for svekket eller for ensom, for med det å kunne forebygge, eller lettere lindre, følelse av ensomhet, men dette hadde vært utfordrende å ivareta under pandemien. Informanten forteller videre at interessen for dette tilbudet har vokst enormt i løpet av få år, blant annet indikert via en dobling i antall koblinger mellom besøksvenn og besøksvert fra 2019 til 2020.

All aktivitet ble imidlertid satt på pause fra midten av mars 2020 og i tre, fire måneder fremover. I august samme året ble det åpnet for en-til-en-kontakt for hjemmeboende. De som hadde etablert kontakt med besøksvenn kunne opprettholde denne relasjonen og motta besøk som vanlig. Mange av besøksvennene var imidlertid studenter som hadde reist fra kommunen da studiestedet ble stengt. De kunne dermed ikke ta opp igjen kontakten med sin vert. Besøksvenner ble dessuten frarådet å ta kollektivtrafikk for ikke å pådra seg smitte som kunne overføres til den eldre besøksverten. Flere ble derfor av den grunn forhindret i å besøke sin vert. En del av besøksvertene ønsket heller ikke besøk av frykt for å bli smittet.

Nye besøksvenner hadde ikke blitt rekruttert i løpet av det året som pandemien hadde vart. Alle som ønsker å bli besøksvenn, får opplæring i dette og må i tillegg delta på introduksjonskurs. Både introduksjonskurs og vurderinger av besøksvenner og opplæring av dem, forutsetter fysiske møter mellom representanter for organisasjonen og de frivillige. Slike møter hadde ikke vært mulig å gjennomføre under pandemien.

I intervjuet ble det også pekt på andre dilemmaer eller utfordringer knyttet til dette tilbudet. Ett eksempel er eldre med psykiske helseproblemer. Utfordringene her handler både om at mulige besøksvenner får innsikt i helsetilstanden til verten og om at mulige besøksvenner ofte er skeptisk til å inngå i en relasjon med en vert med denne typen problemer. Det samme gjelder for eldre med demenssykdom. En annen utfordring er at mange eldre ønsker seg en voksen eller eldre person som besøksvenn, mens en betydelig andel av dem som melder sin interesse for å bidra i dette tilbudet, er yngre personer, og ofte studenter.

Organisasjonen samarbeider med kommunen om flere aktiviteter for eldre. Det arrangeres blant annet faste møter som inkluderer kommunale tilbud om «aktivitetsvenn» og «spisevenn». Partene har også felles temakurs. Nytt av året er et samarbeid med en kulturinstitusjon – «kunstkompis» - med privat og offentlig støtte, og gjelder for alle som har behov, uavhengig av alder. Besøksvenner kan også brukes til dette formålet. Tilbudet får imidlertid ikke startet på grunn av koronarestriksjoner. Generelle utfordringer med å rekruttere frivillige til langsiktige verv og forpliktelser, var ikke blitt redusert under pandemien.

**Eldreråd:** I intervjuet fortalte representanten for Eldrerådet at rådet har tatt opp saker som gjelder koronasituasjonen i kommunen gjentatte ganger i løpet av det året som har gått etter at pandemien oppsto. Rådsmedlemmene har også ytret ønske om å bli involvert i evalueringen av kommunens tiltak for å håndtere og begrense smitteutbredelse. De har særlig engasjert seg i situasjonen for eldre på sykehjem som ikke fikk ta imot besøk av nærstående, og de hadde bedt om at kommunen måtte gjøre endringer i dette vedtaket: *Det krevde litt press å få det til, men vi er jo bare et råd.* Eldrerådet hadde også vært opptatt av at ansatte i hjemmebaserte tjenester ikke brukte munnbind når de er hjemme hos brukere. Også dette hadde blitt tatt opp med kommunens administrative og politiske organer. Representanten forteller videre at rådets arbeid i hovedsak er rettet inn mot kommunens helsebyråd og byrådsleder. Det er lite direkte kontakt med eldre innbyggere i kommunen. Direktekontakt med innbyggere forventes å bli ivaretatt av organisasjoner som, i tillegg til politiske partier, foreslår og velger representanter til Eldrerådet.

Kommunen har, ifølge informantens beskrivelser i intervjuet, gitt uttrykk for at det har vært et mål å holde aktiviteter i gang selv om det har vært nødvendig med restriksjoner, som har vært pålagt både av lokale og nasjonale myndigheter. Etter Eldrerådets erfaringer har det likevel vært lite aktivitet. Samtidig har lokale medier vært opptatt av hva rådet gjør for å bedre situasjonen for eldre i denne sammenhengen. En sak som Eldrerådet hadde tatt tak i kort tid før intervjuet, dreide seg om kollektivtrafikken i kommunen hvor ny teknologi var innført både for betaling og for informasjon om avgangstider for busser. Begge deler forutsatte bruk av smarttelefoner og «Apper». Dette krevde også bruk av bankkort og bank-id. Også disse problemstillingene ble tatt opp i lokale medier. Busselskapet gjorde noen endringer umiddelbart, blant annet ved at ruteinformasjon via QR-kode som hadde blitt plassert ved alle busstoppene, ble erstattet med tradisjonelle oppslag om avgangstider. Det arbeides imidlertid videre med å finne frem til betalingsløsninger som ikke hindrer eldre innbyggere i å bruke kollektivtrafikk i kommunen. I intervjuet ble det videre bemerket at det i hele landet finnes rundt 500 000 personer som mangler digital kompetanse, og at det er mange eldre blant dem. For medlemmene av Eldrerådet hadde imidlertid muligheten for å møtes digitalt under pandemien, vært en forutsetning for at de kunne utføre sitt verv.

I intervjuet ble noen av organisasjonene som velger medlemmer til Eldrerådet, beskrevet som mer aktive enn andre når det gjelder å ta opp saker som angår eldre. Eldrerådet løfter også selv frem saker i media og passer på å få med relevante innlegg i kommunens skriftlige informasjonsfolder som med jevne mellomrom sendes ut til alle husstander. Enkelte av rådets medlemmer hadde imidlertid vært noe oppgitt over at kommunen, etter deres oppfatning, gjør svært lite i tilknytning til «Aldersvennlige samfunn». De hadde ikke registrert noen spesifikke aktiviteter som kunne falle inn under denne paraplyen. I intervjuet kom det også frem noe skepsis til en reform hvor det ikke følger med noe finansiering av betydning, og hvor det forventes at kommuner skal dekke alt selv.

Det er stor forskjell på kommuner. [Navn på egen kommune] er en av de med null til overs. Når ikke Eldrerådet har sett noe til dette, hvem skulle ellers ha sett noe til dette? Dette er en nasjonal reform uten løyving. Det er behov for nystart. .... Ordet «aldersvennlig» er også spesielt. I Norge burde det ha vært brukt «eldrevennlig» om det er eldre man mener som skal få det bedre.

Det ble også lagt til at det er stor variasjon i gruppen av eldre, og koronapandemien har rammet noen mer enn andre: *Mange mer utsatt enn medlemmer av Eldrerådet – eldre med problemer fra før, har fått det verre under koronapandemien.*

#### **4.4.4 INNBYGGERES ERFARINGER**

Studien i dette caseområdet dekker stor variasjon i gruppen av innbyggere, ikke bare når det gjelder alder og mottak av hjemmebaserte tjenester, men også når det gjelder bosituasjon, sosial bakgrunn og helsetilstand. Kjønnfordelingen var relativt jevn med seks kvinner og fem menn. En var selvstendig næringsdrivende og var fortsatt i arbeid selv etter å ha blitt rammet av alvorlig sykdom kort tid etter at pandemien startet. Syv hadde utdanning fra høyskole eller universitet, én hadde lang erfaring fra salgsvirksomhet i forskjellige typer stillinger, mens en hadde vært uføretrygdet i mange år før pensjonsalder. Fem bodde alene, to av dem var skilt og én var enke. De andre bodde sammen med ektefelle eller samboer. Tre bodde i omsorgsbolig, én hadde egen leilighet med seniorsenter i samme bygg, to hadde enebolig eller rekkehus, mens de andre bodde i egen leilighet. To av dem som bodde i egen leilighet, hadde relativt nylig eller for få år siden, flyttet fra en enebolig. Åtte av informantene hadde barn, syv hadde barnebarn, mens én hadde oldebarn.

Tre av de fem informantene i gruppen som fikk hjemmebaserte tjenester, hadde mottatt tilbudet mellom et halvt og ett år før de ble intervjuet, og deres hjelpebehov var relativt omfattende. To ble rammet av alvorlig sykdom, én relativt kort tid før og én relativt kort tid etter nedstengningen av landet i mars 2020. Den siste av de tre, erfarte betydelig fysisk funksjonsnedsettelse siste halvdel av 2020. De andre brukerne av hjemmebaserte tjenester hadde mindre omfattende hjelpebehov. Tre av informantene som mottok hjemmebaserte tjenester, flyttet i omsorgsbolig rundt et halvt år før intervjuet.

##### *4.4.4.1 Dagliglivets rutiner i møte med koronarestriksjoner*

Beskrivelser i intervjuene tyder på at pandemien har hatt svært variabel innvirkning på hverdagslivet til informantene i dette caseområdet. Variasjonen spenner fra at «hele livet ble snudd på hodet» til at lite eller ingenting, knyttet til pandemien, rokket ved hverdagens rutiner og gjøremål. Denne variasjonen gjenspeiler forskjeller i livssituasjon og i helsetilstand til hver enkelt informant både i forkant av pandemien og i løpet av perioden som pandemien hadde vart.

Den eldste informanten i utvalget hadde en ektefelle med noe svekket helsetilstand. De bodde i egen leilighet i et boligkompleks som også rommet et seniorsenter. Seniorsenteret tilbyr middag til dem som trenger det, og hadde opprettholdt tilbudet under hele pandemien. Innenfor viktige områder ble derfor informanten og ektefellens hverdagsrutiner ikke påvirket i nevneverdig grad:

De daglige rutinene hos oss er ikke endret. Hver kveld så dekker jeg bordet med duk på, og hver morgen lager jeg frokost til [navn på kone], og koker egg og så spiser vi og snakker om livet. ... Middag bestiller vi på seniorsenteret hver dag om morgenen – den får vi opp i tretiden [som vanlig]. Det kommer ny meny hver fredag. (Mann 90 år)

I boligkomplekset som er nevnt over, hadde seniorsenteret vært stengt for fysisk samvær så lenge koronapandemien hadde vart. Andre som bodde i omsorgsbolig med seniorsenter i samme bygning eller i nærheten, hadde også fått middag levert hver dag. Kort tid før intervjuet ble gjennomført,

hadde disse boligkompleksene åpnet fellesarealer for middagsservering for et begrenset antall personer for hver dag. Bortsett fra en informant som hadde lite matlyst på grunn av alvorlig sykdom, og som ellers «aldri hadde vært noe matmenneske», hadde ingen i denne informantgruppen mistet matlysten eller spist mindre under pandemien ifølge deres egne beskrivelser, kanskje tvert imot. Enkelte fortalte at de hadde spist mye mer enn ellers, av «mangel på noe annet å gjøre». Enkelte fortalte at de i tillegg til å spise mer også hadde drukket mer alkohol, og hadde økt i vekt og med det forsterket et eksisterende problem. De kom seg ikke ut av en vond sirkel.

For flere, hadde tydeligvis mangel på fysisk aktivitet vært en større utfordring enn forhold som handlet om mat og måltider, fordi deres fysiske funksjonsnivå av flere grunner var svekket. I intervjuet fortalte omtrent halvparten at de «knappt hadde vært utenfor døren på flere måneder». For tre av dem hadde det fysiske funksjonsnivået blitt betydelig forverret sammenliknet med før pandemien, både på grunn av alvorlig sykdom som hadde oppstått, og på grunn av manglende mulighet for og hjelp til opptrening. Disse tre trengte fysiske hjelpemidler for å kunne bevege seg. En var fullstendig avhengig av rullestol, en brukte rullestol eller andre elektroniske transportmidler utendørs, mens den tredje kunne gå med rullator, med følge, både innendørs og utendørs. Disse informantene ga uttrykk for en sterk frustrasjon, og til dels sinne, fordi de ikke hadde fått anledning til noen form for trening i perioden med pandemi. To av dem skulle etter planen ha vært på rehabiliteringsopphold, hvor tilbudet hadde vært stengt under pandemien, mens den tredje først og fremst hadde behov for daglig opptrening hjemme. Den sistnevnte informanten hadde bedt hjemmebaserte tjenester om hjelp til å gå rundt i huset, men den typen bistand var, ifølge informantens beskrivelser, avslått av en eller annen uforståelig grunn. Den av disse tre informantene, som var mest avhengig av hjelp til å komme seg ut, og som sårt trengte hjelp til opptrening etter en operasjon, kommenterte dette slik:

Det verste med hele pandemien er treningen som har uteblitt. Jeg har mistet et halvt års trening ... Et par ganger per måned har jeg kommet meg ut i rullestolen [med følgetjeneste]. Jeg kommer ikke ut i frisk luft mer enn det. Det har vært kaldt – jeg håper det blir bedre når det blir varmere. (Mann 70 år)

Informanten som er sitert over, og som er den yngste i informantgruppen, ble rullestolbruker nærmest over natten etter en operasjon for alvorlig sykdom kort tid etter at strenge smittevernstiltak ble satt i verk. Etter operasjonen måtte informanten flytte fra hjemmet sitt til en omsorgsbolig fordi det var umulig å komme inn og ut med rullestol. Omsorgsboligen var imidlertid lokalisert relativt nært til opprinnelig bolig. En av de andre som hadde slitt med funksjonsnedsettelse over lengre tid, hadde oppholdt seg innendørs de fire første månedene etter nedstengningen. Denne informanten hadde «isolert» seg både av frykt for å bli smittet, på grunn av underliggende alvorlig sykdom, og fordi det hadde vært umulig å bruke offentlig transport med den typen rullestol som vedkommende brukte. Immobiliseringen som følge av mangel på trening og nedstengning av alle andre aktivitetstilbud, har, etter denne informantens beskrivelser, ikke bare vært uheldig for den fysiske formen, men også for hverdagslivet generelt. Når dagligdagse rutiner forsvinner, har denne informanten, som noen av de andre, endt opp med å sitte inne og bli «giddalaus».

I kontrast til erfaringer som er beskrevet over, fortalte et par andre informanter om at de hadde blitt mer fysisk aktiv i perioden med pandemi enn det de hadde vært før. De går tur omtrent hver dag,

blant annet fordi andre aktiviteter har blitt kansellert. En av dem hadde i tillegg begynt «å ta trappen opp til leiligheten i fjerde etasje i stedet for heisen», for å unngå smitte. De mest aktive fortalte samtidig at de savnet muligheten til å trene på treningssenter:

Jeg går mer på tur – stort sett hver dag. Jeg har frihet til å gjøre dette nå. Tidligere var jeg mer involvert i andre saker med venner. Som pensjonist kan jeg administrere min egen hverdag og fysisk aktivitet er viktig, men det er ikke alltid like fristende – jeg feiger av og til ut. .... Vi har treningsrom i kjelleren. Det har vært viktig når treningssenteret var stengt. ... Vi må forsøke å ha det bra så lenge som dette står på. (Kvinne 74 år)

Et par ganger hadde en av dem som trente fast på treningssenter, «sneket seg inn på senteret» selv om det ble frarådet, fordi det ikke hadde vært registrert smitte der. Bortsett fra dem som hadde gått mer på tur enn vanlig, hadde ingen gjort noe nytt. De hadde stort sett opprettholdt vanlige aktiviteter som å handle, lese bøker og aviser, se på TV, holde seg oppdatert på nyheter, for noen inkludert nyheter om koronasituasjonen. Et aktivt reiseliv som hadde vært viktig for flere, var imidlertid et betydelig savn:

Før reiste jeg fire, fem ganger i året – billetter ligger der, ubrukt. Nå er jeg litt på minussiden når det gjelder å gjøre noe nytt. Jeg går på kino og jeg går litt på tur – men ingen nye hobbyer. ... Jeg ser aldri på TV på dagtid. Jeg slår ikke på før klokken 18.00. Er det bare korona, slår jeg av. Lørdagsunderholdning som er dårlig, slår jeg også av. (Mann 75 år)

Mens noen fortalte at de gjør mer av enkelte ting, gjorde andre mindre av alt fordi aktuelle gjøremål ikke var mulig. En av dem som beskrev at «livet ble helt snudd på hodet», var blant de mest aktive i denne informantgruppen, og var engasjert i politisk så vel som frivillig arbeid, og deltok ellers i kulturliv med konserter og teater og senioruniversitet. Kontakten med aktuelle organisasjoner hadde blitt opprettholdt, men ellers hadde «alt vært satt på pause». Da intervjuet ble gjennomført, hadde denne informanten ikke vært i byen på et helt år, ikke tatt buss, ikke vært hos frisør, ikke vært hos tannlege eller lege, og heller ikke reist noe sted utenom til en fritidsbolig i nabokommunen. Informanten ga uttrykk for å være både oppgitt og lei over situasjonen, men det var ikke verre enn at det var mulige å holde ut en stund til:

Jeg har ikke blitt deprimert eller mistet matlysten. Jeg sover godt. Jeg er ikke engstelig og har ingen bekymringer. Nå får jeg i alle fall lest mer, og gått på tur. (Mann 79 år)

Kun en av informantene oppga at pandemien har hatt konsekvenser for egen økonomi. Denne informanten var selvstendig næringsdrivende og måtte først og fremst begrense firmaets internasjonale aktivitet på grunn av reiserestriksjoner, men som det ble føyd til:

Korona har gått utover økonomien i firmaet, men det bekymrer meg ikke - jeg klarer meg. Jeg har satt ned forbruket – det har alle andre også gjort. Det har oppstått en forsiktighetsklokke. Men det er mye man ikke kan gjøre – da går forbruket ned. (Mann 70 år)

Andre som sa noe om økonomiske forhold, kommenterte at de ikke hadde hatt ekstra utgifter, snarere tvert imot: «vi har vært spart for utgifter samtidig som pensjonen har tikkert jevnlig inn».

#### 4.4.4.2 Sosialt liv og dynamikk før og under koronapandemien

Informantenes fortellinger fra hverdagen under ett år med koronapandemi, tyder på at det sosiale livet har vært mer påvirket enn daglige rutiner, selv om disse to aspektene langt på vei henger sammen i den forstand at det ene aspektet påvirker det andre. Det sosiale livet og de sosiale behovene i forkant av pandemien, var imidlertid svært variert ifølge informantenes beskrivelser. For noen har derfor koronapandemien ført med seg større omveltninger enn for andre. De som var mest aktive i forkant, erfarte mer omfattende endringer enn andre. Likevel tyder beskrivelsene på at konsekvenser for enkeltpersoner var størst for dem som i utgangspunktet hadde et begrenset sosialt liv, i og med at det sosiale livet for dem ikke bare ble begrenset, men innskrenket fra lite til ingenting. For flere var det først og fremst møter med barnebarn og sammenkomster med venner som måtte vike, men dog innenfor visse grenser:

Vi har begrenset kontakten med barnebarna. Vi har møtt dem lite, men vi har sneket oss til å se dem, og vi har møtt dem inne uten klemming og med god avstand. I Påsken får vi ikke vært med alle sammen. ... Det største savnet er omgang med barnebarn. I Jula – på 2. juledag – klarte vi akkurat å møtes med riktig antall. Vi har også begrenset treff med venner – det er få hver gang. Vi var på middag i går med fire totalt, så vi innretter oss. (Kvinne 74 år)

En annen informant kommenterte i intervjuet at han nå ser frem til å møte folk fysisk. Han fortalte at han og ektefellen knapt har møtt barn og barnebarn på et helt år. Det ene barnebarnet bor i deres fritidsbolig i en nabokommune. Når informanten og ektefellen har vært der i løpet av det siste året, har de alltid stått ute og snakket med hverandre, selv om de ikke regner seg selv som spesielt risikoutsatt annet enn alder. Da intervjuet ble gjennomført, hadde verken informanten eller ektefellen fått vaksine:

Jeg er så lei av dette, men når dose to er satt, skal livet endres. Vi møter ikke andre annet enn tilfeldig når vi er ute og går på tur – ikke ellers, men vi har jo hverandre. (Mann 79 år)

En av dem som beskrev et ganske passivt hverdagsliv på grunn av et nedsatt funksjonsnivå og frykt for smitte på grunn av underliggende fysisk sykdom, hadde i lengre perioder nærmest vært isolert fra alt sosialt liv. Denne informanten hadde to barn og tre barnebarn innenfor et relativt avgrenset geografisk område. Det ene barnet er i en familie som består av fire personer. Informanten har derfor knapt møtt dem i løpet av det siste året fordi de samlet er flere enn det for tiden er tillatt å invitere på besøk, og fordi det er for vanskelig å holde tilstrekkelig distanse om fem personer skulle ha oppholdt seg i samme rom eller rundt ett bord. Det andre barnet er alene med ett barn, men er ansatt i en barnehage og har flere ganger vært i karantene løpet av det siste året. På grunn av fare for smittespredning fra barnehagen og fra skolen hvor barnebarnet går, har samvær med denne familien også blitt begrenset. Informanten har imidlertid holdt kontakt med en venn per telefon. De har ikke møttes fysisk etter at pandemien startet. Også en av de andre informantene hadde et barn som var ansatt i skoleverket hvor de hadde vært «inn og ut av rødt nivå» og av den grunn ikke kunne omgås foreldre på rundt 80 år.

En av dem som ble rammet av alvorlig sykdom kort tid før nasjonal nedstengning, og som bodde alene, hadde sin nærmeste familie utenlands. Ett av familiemedlemmene rakk å komme på besøk en gang før innreiseforbud trådte i kraft. Etter det har de bare hatt mulighet til å holde kontakt via

telefon eller Skype. En annen som var i samme situasjon, og som måtte flytte i omsorgsbolig etter en operasjon for en lidelse som hadde svekket funksjonsnivået, hadde opprettholdt kontakt med tidligere naboer og samtidig blitt kjent med nye naboer via seniorsenteret i boligkomplekset hvor omsorgsboligen er lokalisert.

To av dem som bodde alene, hadde forsøkt enten besøksvenn eller telefonvenn, uten at dette hadde vært spesielt vellykket. Den som hadde besøksvenn, hadde ifølge beskrivelsen i intervjuet, fått en besøksvenn som ga inntrykk av å ha egne problemer, og som samtidig opptrådte litt for «personlig og intens». Den som hadde prøvd telefonvenn, var heller ikke overbegeistret, men skulle forsøke igjen etter Påske. En av de pårørende til en person med demenssykdom, fortalte at ektefellen hadde takket ja til tilbud om en besøksvenn til å gå på tur sammen med. Tilbudet hadde heller ikke fungert godt i denne sammenhengen. Etter den pårørendes vurdering skyldtes kanskje dette at besøksvennen hadde vært en ung student, som ikke fungerte spesielt godt nok sammen med besøksverten [ektefellen].

Av beskrivelsene går det frem at informantene snevret inn sitt sosiale liv av flere og ulike grunner. Noen var først og fremst opptatt av å følge offisielle regler (se nedenfor), mens andre var redd for selv å bli smittet, særlig om de hadde en alvorlig underliggende sykdom. Atter andre var mer engstelig for at de selv kunne dra med seg smitte til noen som de vurderte som mer risikoutsatt enn dem selv, som en informant på 82 år som var opptatt av å beskytte en søster på 90 år. Noen av dem som skisserte i detalj hvordan deres sosiale liv hadde blitt snevret inn og om arrangementer i seniorsenteret til Påske, 17. mai og i jultiden som hadde blitt avlyst «når byen har vært nedstengt», beskrev alternative sosiale begivenheter som lyspunkter i hverdagen:

Jeg har vært hos foterapeut i seniorsenteret og i [navn på apotek]. Jeg tar det som sosialt samvær. Og jeg har vært fast hos frisør [navn] – sønn til fetteren min, og [navn på ektefelle] bestiller hos [navn på frisør]. Jeg er ikke redd for smitte der – om det skulle skje noe da, da har vi bare vært på feil plass til feil tid. (Mann 90 år)

For en av informantene fungerte besøk fra hjemmebaserte tjenester fire ganger per dag som delvis erstatning for sosialt samvær med venner under pandemien:

Venner stoppet med å komme på besøk med en gang- Nå kan ikke jeg gå på besøk til noen. Jeg kan få besøk, men jeg har ikke lyst til det – det er galt nok som det er. Jeg vil ikke ha smitte. Venner er også redd for å ta med seg smitte. Det er ikke noe savn nå på grunn av hjemmetjenesten som kommer. Hjemmetjenesten kommer av og til bare med medisin, andre ganger setter de seg ned. (Kvinne 74 år)

I en periode hvor det i mange sammenhenger utviklet seg en praksis med digitalt samvær til erstatning for fysisk samvær, enten der var snakk om lunsj med kollegaer eller samling rundt vinglasset på fredagskvelder, ble ikke slike samlinger vurdert som et alternativ for noen av informantene i dette utvalget som bodde alene. En av kvinnene bemerket at dette ikke var aktuelt for henne fordi hun ikke drakk alkohol, mens mennene som bodde alene, kommenterte at digital fredagspils ville ha vært helt utenkelig for dem, og de hadde ikke hørt om noen menn som hadde

prøvd dette. En av dem som ble alvorlig syk kort tid etter at pandemien startet, savnet aller mest nærkontakt uten konsekvenser:

Det jeg savner aller mest er at man kan få hjelp og støtte fra andre uten å være engstelig, og å kunne holde store fester uten å tenke på å kunne skade noen. Dette slår to veier – jeg ønsker hjelp og omgang med andre, men jeg må være forsiktig. (Mann 70 år)

De som bodde alene, beskrev et dagligliv hvor de i varierende grad følte seg ensom. Alle hadde noen å snakke med per telefon eller via andre digitale medier, og gjorde dette ofte. En som ble rammet av en alvorlig lidelse kort tid etter at koronapandemien startet, uttrykte begeistring for at det var mulig å bruke pasienttaxi for å besøke venner og familie. Dagen før intervjuet hadde denne informanten hatt fire venner på middagsbesøk. Vennene hadde hatt med seg mat, og de hadde valgt å se litt bort ifra at de var samlet to mer enn det var tillatt å ha på besøk på den tiden. Denne gruppen av informanter beskrev også at deres sosiale behov varierte. En som var i midten av syttiårene, poengterte at vedkommende trivdes godt i eget selskap. Toleransen for stress, som blant annet kan følge med et aktivt sosialt liv, var på den andre siden lav. Behovet for å gå ut med venner var dessuten langt mindre nå enn det hadde vært for få år siden.

En av informantene som var blant de yngste i utvalget, og som bodde i omsorgsbolig på grunn av fysiske og psykiske helseutfordringer, beskrev imidlertid noen positive erfaringer i forbindelse med pandemien. På grunn av at alle andre aktuelle aktiviteter og tilbud hadde vært stengt, hadde vedkommende begynt å bruke fellesarealer i boligkomplekset hvor omsorgsboligen var lokalisert, og deltatt i aktiviteter der når de hadde vært tilgjengelige. Denne erfaringen ble beskrevet som en positiv overraskelse.

#### 4.4.4.3 *Om å være utenfor den innerste sirkelen*

Informantenes beskrivelser av sitt sosiale liv før og under koronapandemien tyder på at enkelte tiltak har hatt langt mer konsekvenser for dem som bor alene, og er uten familie i geografisk nærhet, eller har lite familiekontakt, enn for andre. Særlig gjelder dette begrensninger i antall gjester som var tillatt i private hjem, hvor antallet varierte fra en periode til den neste. Mange har vært opptatt av å følge regler, og samtidig vært bevisst på faren for å smitte eldre og personer i risikogrupper, med «skrekkeeksempler fra Italia i bakhodet». I intervjuet pekte informanter som bodde alene, på at deres venner også er i en alder hvor de er redd for smitte. De beskytter dermed seg selv og snevrer inn omgangskretsen. Når de må prioritere, velger de nærmeste familie eller de aller nærmeste vennene. De som da ikke er innenfor den innerste sirkelen på noen få, og i perioder bare to, i noen av sine vennekretser, risikerer å bli holdt utenfor alle sosiale sammenkomster. En av informantene sa det slik:

Korona virker inn på alt det sosiale. ... Jeg elsker å ha folk i huset, jeg elsker å lage mat – fryseboksen er i ferd med å sprenges. Jeg har vanligvis hatt middagsbesøk en gang per måned. Men nå - jeg har venner som er i klynger – de har sine og de beskytter seg selv. Klyngene har vært tettere i koronatiden - jeg blir ikke invitert og jeg inviterer ikke. Folk blir isolert og isolerer seg. Mange er to sammen. Det er en litt sår greie at jeg har så lite kontakt med [navn på familiemedlemmer] ... det er lett å holde kontakt [digitalt], ... så jeg er ikke isolert sånn sett, men det er ikke det samme som å ha folk i hus og sitte rundt et bord og dele



et måltid. Dette er en tid jeg er glad er forbi. Jeg ser frem til mai, om det ikke da er blitt verre. Vaksine gir håp. (Mann 75 år)

#### 4.4.4.4 *Frykt for å miste venner, og eget liv*

I intervjuet beskrev enkelte informanter en sterk frykt for at de skulle miste noen av sine nærmeste venner, det vil si at de fryktet at vennene skulle dø. Faren for dødsfall som følge av koronasmitte, var absolutt til stede. Flere av informantene var dessuten i en alder hvor dødsfall er tenkelig også av andre grunner enn Covid-19. En av de eldste i informantgruppen var blant dem som uttrykte denne frykten sterkest. Denne informantens venner hadde passert 90 år. Den eldste av dem var 95. Her var det snakk om en vennegjeng som har holdt sammen fra de var ungdommer og de hadde møttes en gang per måned frem til nedstengning:

Jeg savner sosialt samvær. ... Vi har ikke møtt venner på et helt år. Jeg har levd på ett møte med dem [vennegjengen] som vi hadde på [navn på restaurant] ... Vaksine har ikke endret på noe. ... Det er ikke enkelt å være gammel og sitte og vente på bedre tider. ... og barnebarn og oldebarn kan ikke komme. ... Vi har en i [navn] som vi gjerne skulle ha besøkt, men vi må bare vente og se (Mann 90 år)

Vennegjengen hadde møttes til øl og god mat, og i intervjuet fabulerte informanten om hva han skulle servere når anledningen langt om lenge kommer og helst «før det tynnes ut mer i rekkene». Informanten hadde feiret sin egen 90 års dag i en periode hvor besøksrestriksjonene var litt mindre strenge. Da hadde han fått møtt sin bror som var 98 år, og som døde kort tid etter:

... det var ikke så voldsomt strengt da – vi kunne ha barn og barnebarn, og min bror med datter og sønn. Det ble kjempekos – det er slikt som vi lever på lenge.

Også noen av dem som var langt yngre enn 90 år, var opptatt av dette aspektet. De kritiserte den generelle tendensen til å rette oppmerksomheten mot konsekvenser for yngre som har vært isolert og pålagt å begrense sitt sosiale liv:

De unge må gi seg – de har 80 år foran seg – vi gamle har ikke så mange år igjen - vi kan dø når tid som helst. (Mann 75 år)

#### 4.4.4.5 *Styrket uformell og frivillig kontakt og omsorg*

Noen av dem som beskrev at de følte seg isolert og at de hadde begrenset kontakt med venner og familie, fortalte samtidig om andre typer relasjoner som hadde blitt styrket. Dette gjaldt først og fremst kontakt med naboer både i private boligkomplekser og i omsorgsboliger. Som eksempler ble det nevnt at naboer besøker hverandre, og/eller følger med hverandre om det skulle skje noe, at de handler for hverandre (noen ganger bare enveisytelse), bytter tjenester, eller går på tur sammen. Koronasituasjonen har på flere måter bundet dem sammen, som det går frem av disse intervjuutdragene. Den første av de to informantene ble alvorlig syk ett år før intervjuet:

To naboer kommer innom hver dag. De veksler på å handle. Vi har kjent hverandre lenge, men vi har mer kontakt nå. De kommer innom og drikker kaffe, prater og diskuterer ting. ... De kommer oftere nå etter korona. De dekker også sitt eget behov – de kan heller ikke gå så

mange steder. Den ene naboen hjelper til med legebesøk og annet som er nødvendig. Det er nesten slik at ingen har lyst til å treffe noen – alle er redd for å bli smittet. (Kvinne 74 år)

Det er mange gamle damer i nabolaget. Jeg handler litt for dem. En nabo har nøkler til min leilighet – de sjekker om de ikke har sett meg på en stund. Jeg har knyttet noen flere kontakter nå. Jeg går på polet for dem og kjøper Dagbladet, og hjelper dem med mobilen. ... Vi kjenner hverandre, men vi er ikke avhengig av hverandre. De har barn. Naboer er her litt for hverandre. ... Før snakket vi om været, nå snakker vi om korona i tillegg, og om fastlegen som behandler oss som demente, vi gamle. ... Fire damer går på tur hver søndag klokken 12.00. De vil ha meg med, men det er litt vanskelig å holde avstand – og så har jeg litt dårlige knær (Mann 75)

En informant som var i midten av 70-årene, og var medlem i en lokal menighet, fortalte om aktiviteter som menigheten hadde bidratt med. Som eksempler ble det nevnt at en diakon hadde startet et undervisningsopplegg for eldre i å bruke digitalt utstyr. Mellom fem og ti personer hadde deltatt for hver gang. Digital informasjon hadde også blitt sendt ut og flere arrangement inkludert gudstjenester, hadde blitt streamet. Denne informanten uttrykte imidlertid samtidig en viss oppgitthet over at verdien av virksomhetens bidrag kanskje har gått litt «under radaren», dette har i alle fall ikke blitt tatt opp i det offentlige rom i noen sammenheng:

Frivillige organisasjoner, menigheter og kirker har også bidratt. .... De har gjort mye. De har ringt og de har gått hjem til folk med mat. ... De har streamet kulturbegivenheter og gudstjenester, både til sykehjem og til hjemmeboende. ... Eldre har også fått hjelp til fysisk aktivitet og fått følgetjeneste. .... Det blir sjeldent omtalt hva menighetene gjør. (Kvinne 74 år)

Denne informanten bemerket videre at problematikken rundt ensomhet blant eldre, og hvordan dette kan kartlegges, hadde vært tatt opp:

– det er komplisert når det ikke er mulig å treffe så mange. Men *de eldre* de er sånne som oss, som går på treningssenter, og de som går med rullator. Det er viktig med frivillige, men jeg vet ikke hvilke betingelser alle har. Hva kan man vente av støtte? Jeg har inntrykk av at folk deltar på dugnad, men ikke i langsiktige verv. Menigheten har lagt ut mye på nett med konserter, og folk kommer sammen på nett. De er gode. (Kvinne 74 år)

Andre beklaget at de selv ikke hadde vært spesielt aktiv i frivillig arbeid, av varierende grunner. De hadde heller ikke tatt imot tilbud fra frivillige organisasjoner. En av dem ønsket ikke å forplikte seg, mens en annen indirekte beklaget at de selv ikke hadde engasjert seg i frivillig arbeid da de var yngre, og var dermed litt tilbakeholden med å ta imot tilbud:

Jeg er ikke med i frivillig lag eller forening, for da måtte jeg ha forpliktet meg – det er vanskelig når jeg reiser så mye. Jeg kunne ha vært leksehjelp, men hva annet kunne jeg ha gjort? Det blir et tomrom. ... Jeg savner ikke jobb - jeg savner arbeid, men bena hindrer litt. (Mann 74 år)

De frivillige gjør mye bra. Men vi bidro ikke selv da vi kunne, og vi forventer derfor ingenting nå – selv om vi kunne ha hatt nytte av tilbud. (Kvinne 84 år)

#### 4.4.4.6 «Det digitale tyranni»

Både kompetanse i og bruk av digital teknologi og sosiale medier varierte blant informantene i dette caseområdet. Variasjonen går på tvers av alder, utdanning og yrkesbakgrunn. Tre fortalte at de hadde tilgang til plattformer som Instagram og/eller Facebook, men de brukte dette sjelden eller aldri. Rundt halvparten beskrev derimot et hverdagsliv hvor digitale plattformer i ulike varianter var en selvfølgelig ingrediens, og hyppig brukt enten via PC, nettbrett eller smarttelefon. For tre av dem var dette verktøy som ble brukt enten i forbindelse med privat næringsliv, eller for å ivareta politiske og/eller veldedige verv. Da koronapandemien slo til, måtte de imidlertid lære seg nye funksjoner som å delta i og arrangere digitale møter. Andre aktive brukere benyttet digitale verktøy til nettbank, internettsøk, og/eller til å vedlikeholde sosiale relasjoner under koronapandemien:

Jeg har Zoom-møte med en venn innenlands og Whatsapp – videosamtaler - et par ganger i uken, innenlands og utenlands – det er gratis, og så bruker jeg Skype til Spania. (Mann 75 år)

En informant i midten av syttiårsalderen pekte på at andre i samme generasjon har fått opplæring i Internett og i å bruke e-post fra arbeidslivet, men at de som er en generasjon over, ikke har fått med seg dette. Denne vurderingen var imidlertid ikke helt treffende for dette utvalget. Også en av de eldste informantene hadde skaffet seg kompetanse, om enn noe begrenset, og brukte PC-en jevnlig blant annet til «å google informasjon om korona»:

Jeg kløner [med PC-en], men jeg får det til, til slutt - jeg har vært på kurs for lenge siden. Jeg har ikke Facebook, men Instagram, jeg har lagt det inn, men jeg er ikke dyktig nok til å få det til å fungere. ... Jeg har ikke smarttelefon – jeg er litt gammeldags. ... Jeg tar utfordringen [med det digitale], men noe blir for komplisert. Bilde på telefonen? Jeg må bare se hva som kan gjøres. (Mann 90 år)

Selv om smarttelefon var utbredt i dette utvalget, brukte flere den kun som telefon, og var fornøyd med det. De hadde ikke behov for å se dem de snakket med, men flere fortalte at deres barn eller barnebarn ofte presset på for å få dem til «å snakke med bilde» eller å lære seg dette om de manglet denne kompetansen. Kompetanse var likevel ikke avgjørende for om teknologisk utstyr ble brukt av informanter i dette utvalget. Enkelte fortalte at de for eksempel tok sterk avstand fra alt av sosiale medier, fordi de ikke er interessert eller er prinsipiell motstander av slike medier. Dette er plattformer som de ser at de kan klare seg uten. De ga imidlertid uttrykk for sterk frustrasjon over den generelle digitaliseringen av samfunnet, inkludert overgangen til digipost. Dette krever ikke bare kompetanse, men også tilgang til teknologisk utstyr som ikke alle har. Det er heller ikke alle funksjoner som er like enkle å utføre eller like tilgjengelige for dem som har smarttelefon, om de har det, men mangler PC og/eller mulighet til å ta utskrift av informasjonen:

Vi er den siste generasjonen som ikke er vokst opp med digitale løsninger for alt. ... Det er ikke alt som er like enkelt å få til fra en smarttelefon. Jeg plages litt, men jeg kan åpne [digipost] med Bank-Id. ... Jeg har ofte behov for å skrive ut [informasjon], men jeg har ikke skriver hjemme. (Mann 74 år)

Frustrasjonen som kom frem, var ikke bare grunnet i egne behov. Flere ga også uttrykk for sterk solidaritet med og sympati for spesielt eldre, som mangler kompetanse. En informant som selv hadde høyere utdanning innenfor teknologiske fag, sa det slik:

Det er vanskelig å komme seg til offentlige etater – for eksempel til banken, det er ikke mulig i dag. Jeg blir i dårlig humør bare av å tenke på det. Det er for mange som tar som en selvfølge at gamle er datakyndige, men de er ikke det. ... Digitaliseringen bidrar ikke til et aldersvennlig samfunn for dem som er eldre i dag (Kvinne 84)

En av informantene som har brukt digitalt verktøy svært aktivt under koronapandemien, pekte, på lik linje med andre, på uheldige virkninger om slike plattformer tar over for fysiske møter. En av ulempene som trekkes frem, er at kreative ideer og nyttig meningsutveksling potensielt sett kan få begrensede vekstvilkår:

Digital formidling er effektivt og greit. Men vi får ikke til prosesser som er gode. Når folk ser hverandre, utvikles mer ideer. Vi sier også mer hva vi mener [i fysiske møter]. Vi får ikke til de prosessene digitalt – når vi mangler den nonverbale kommunikasjonen. ... Det frivillige arbeidet er avhengig av mellommenneskelig kontakt. Det blir også litt mindre gøy [uten fysiske møter]. Jeg tror det blir mindre reiser til en-timesmøter i [navn], og det er bra, men jeg håper at den sosiale dimensjonen blir sett på som så viktig at det [fysiske møter] blir tatt opp igjen. Mange savner det. (Kvinne 74 år)

#### 4.4.4.7 *Vurderinger av smittevernregler og etterlevelse av regler*

Informantene i dette caseområdet støttet i hovedsak opp om de strenge tiltakene som ble satt i verk for å hindre smittespredning, som en av dem formulerte det: *Vi må jo tro på de som er spesialister. Omtrent som med bilen som må repareres – det er verkstedet som er eksperter.* Flere reagerte på det som ble beskrevet som manglende smittevern blant ansatte i hjemmebaserte tjenester, i en tidlig fase. Andre kjente til noen som hadde takket nei til tjenesten fordi de var misfornøyd med smittevernet i tjenesten. Da intervjuet ble gjennomført, hadde koronarestriksjoner vart i nøyaktig ett år:

Kommunen stengte ned på rette tidspunkt. Jeg støtter kommunen fullt ut. Helsedirektoratet og FHI har vært fornuftig, men ikke når det gjelder munnbind. Det ble tidlig gjort oppmerksom på at hjemmetjenesten kom uten munnbind. Mange reagerte på det. Det var et merkelig signal. [Navn på person] døde av Covid-19. Hjemmetjenesten hadde kommet uten munnbind. Det ble tatt opp, men det tok lang tid. (Mann 80 år)

To av informantene fortalte at de brukte munnbind selv når ansatte fra hjemmetjenesten kom på besøk uten munnbind fordi de regnet med at de selv tilhørte en høyrisikogruppe på grunn av alvorlig sykdom. En av de andre brukerne av hjemmetjenesten, som også hadde fått en alvorlig sykdom, uttrykte sterkere tiltro hjemmetjenestens vurderinger av smittefare:

Hjemmetjenesten brukte munnbind når kommunen bestemte at de skulle det. Jeg har stor tiltro til tjenesten, så jeg ble ikke nervøs [da de kom uten munnbind] (Kvinne 75 år)

Informantenes beskrivelser av egen hverdag tyder på at de selv overholder offisielle regler, også etter at de hadde blitt vaksinert, for dem som var det: De begrenser sosial kontakt, unngår kollektivtrafikk og matbutikker, spesielt til tider hvor særlig ungdom kan tenkes å være til stede, og de bruker munnbind. Flere fortalte at de fortsatte med å bruke munnbind etter at de var fullvaksinert, av ulike grunner. En var først og fremst opptatt av egen helsesituasjon og stolte ikke helt på effekten av vaksinen selv etter to doser, mens andre brukte munnbind både for å være solidarisk med andre og for å gå frem som et godt eksempel: *Jeg bruker munnbind som før for at andre ikke skal tro at det ikke er så nøye.* Andre beskrev også at de var opptatt av å bruke munnbind, enten det var pålagt eller ikke:

Vi har fulgt regler med munnbind. Vi holder oss til reglene. Noen er redd for å ta heisen, for å møte folk i heisen – men de har stort sett munnbind. (Mann 90 år)

Jeg tenkte på smittevern og begynte tidlig med munnbind. Jeg hørte om folk som var uforsiktig. Jeg har stort sett følt meg trygg. Alle er flinke til å overholde regler – alle snakker om det. (Mann 70 år)

Jeg bruker munnbind på bussen, men ikke på kinoen. Det er ikke vits i når man sitter alene i salen. Hva annet kan jeg gjøre? Jeg passer på å ta bussen når ikke skoleelever er med. Jeg ser noen fra [navn på land] som ikke bruker munnbind. Kan jeg si fra? Jeg er redd for rasisme. Jeg ser også ungdommer som klemmer hverandre – da tenker jeg at – aaah – dette er ikke lett å forholde seg til. (Mann 74 år)

Når det gjelder offentlig informasjon om smittevernregler, kom litt ulike oppfatninger til uttrykk. Etter noens vurderinger var informasjon som de har fått, tilstrekkelig, enten den kommer skriftlig i postkassen, eller via TV, radio og Internett. Om de savner noe, søker de aktivt opp mer informasjon: *Vi får informasjon fra kommunen – i postkassen. Om det er noe jeg vil vite, så googler jeg.* Andre ga uttrykk for at de ble mer enn godt nok informert selv om de forholdt seg passiv:

Jeg får informasjon om smitteregler fra TV og aviser – og tilfeldig gjennom dem man snakker med. Jeg gidder ikke å lete på nett. Jeg får nok ved å være passiv. (Mann 70 år)

Atter andre uttrykte bekymring for om kommunen virkelig får formidlet sitt budskap til alle innbyggerne selv om det går ut informasjon via mobiltelefon og via hjemmetjenesten og lokale nyheter:

De kommunale tiltakene er bra. Men av og til – litt med antall deltakere - da er det sånn at – ååh. ... Jeg kjenner forvaltningen og stoler på dem, men noen ganger er formidlingen uklar – da skjønner jeg ikke helt hva de har ment. Det er viktig med entydige meldinger til så mange grupper. Jeg har stolt på beslutningene – jeg har ikke vært ulydig. Jeg støtter strenge tiltak. Yngre [navn] har ikke vært like etterlevende. På [navn på kollektivtransport] henger ungdomsskoleelever over deg. (Kvinne 74 år)

Det kommer imidlertid også frem kritiske bemerkninger som går ut på at informasjonsmengden totalt sett har vært for stor samtidig som at den har vært usikker:

Det er flere sider daglig i avisen og mye på TV [egen kanal]. Vi har fått overdose av usikker informasjon – det kan bli bedre, men det kan også bli verre. Det er ille at vi ikke kan velge vaksine. ... Det er ikke mangel på informasjon – det er usikkerheten som er verst. De har pressekonferanse hver dag – det er ufattelig at de holder ut og stiller opp hver dag. (Mann 75 år)

Men det har vært mye forvirring rundt hva som er lov og ikke lov. Jeg har litt lite tiltro til politikere – den har dalt litt på lang sikt. De sier alt for mye som kolliderer. Men de må følge råd fra FHI og Helsedirektoratet. Jeg har ikke fått vaksine ennå. Jeg tar den når den kommer, men jeg er litt betenkt på grunn av det med blodpropp. (Mann 70 år)

I intervjuet tok noen av informantene også opp smittevernregler i institusjoner. En av dem hadde selv hatt et opphold på et rehabiliteringssenter hvor det ble påvist smitte, med påfølgende isolasjon. Informanten beskrev tiden i isolasjon som en betydelig påkjenning, men understreket samtidig at dette kanskje var nødvendig:

Alt ble stengt. Folk måtte bo på rommene sine. Det ble som å bo i en fengselscelle. Vi fikk ikke gå ut i gangen. Dette varte i 10 dager. ... Det var en stor påkjenning for alle som var stengt inne, men det var sikkert nødvendig. (Mann 70 år)

Den samme informanten uttrykte imidlertid sterk bekymring for dem som bor permanent på institusjon med de tiltakene som ble satt i verk der:

Det er forferdelig med de gamle på sykehjem som bare kan vinke. Demente har ikke forstått hvorfor familien ikke kommer. Jeg håper at det kommer noe godt ut av dette. Jeg tror alle må føle det befriende igjen å få nærkontakt med andre mennesker. (Mann 70 år)

Andre uttalelser følger opp i samme spor:

Dette [koronaviruset] må slås ned – de må være streng, men de må ikke være så streng på sykehjem – ingen skal dø alene. Det har blitt tatt tak i dette. (Kvinne 74 år)

Det er ille at pårørende ikke får møte sine på sykehjem eller i eldreboliger. Man må ivareta anstendighet. (Mann 75 år)

For pårørende til personer med demenssykdom som hadde jevnlig avlastningsopphold i institusjon, erfarte imidlertid ikke besøksforbud eller besøksrestriksjoner utelukkende negativt. En av dem beskrev situasjonen som en lettelse fordi det da var mulig «å få fri i tre uker med god samvittighet». Lukking av avlastningsavdelinger og dagsenter i perioder ble beskrevet som et større problem, fordi: *Da fikk ikke [ektefellen] avvekslingen og jeg mistet friheten.* De pårørende, som deltok i studien, beskrev en hverdagssituasjon hvor de var ekstra påpasselig og til dels engstelig for at ektefellen

kunne bli smittet, enten det var snakk om smitte via tjenesteapparatet eller fra familiemedlemmer som har kommet i skade for å dra med seg smitte utenfra. En av dem kommenterte dette slik:

Jeg bruker sprit og munnbind når jeg er ute, og holder minst en meter avstand til andre folk. Det er ikke så lett å bli smitter, sa legen, men eldste datten er alltid redd for å bli smittet på [navn på kollektivtransport]. ... Jeg er redd for store flokker med ungdommer på butikken og ellers – de er alltid uten munnbind. De er i samme kohort, men vi andre er ikke i deres kohort – de burde derfor ta hensyn. Jeg hører at de skal begynne med munnbind i ungdomsskolen. Det er bra om de gjør det også utenfor skoleporten. De holder jo aldri avstand – de går i store klumper inn i butikken. Vi andre må gå omveier. Det føles ikke trygt. ... Vi er ikke så sosial ellers – så jeg føler ikke utrygghet. Jeg tror alle tar hensyn. Om noen skal hente noe, tar vi det på trappa. Jeg regner med at alle er friske. De vet at vi ikke kan ha noe som kan smitte inn i huset. ... Jeg håper at vi får vaksine snart så vi slipper å være redd for å treffe folk.

Hjemmesykepleien bruker munnbind nå, men ikke fra starten. ... Jeg var ikke engstelig når det var de faste, men når det kom ekstrahjelp ... Jeg er fornøyd med at de bruker munnbind, da er det en barriere, men jeg tror de blir testet. ... De bruker munnbind i drosjen og på bussen [til og fra dagsenter]. De er få for å holde avstand, og de er få på dagsenteret så de kan holde avstand rundt bordet. Jeg føler meg trygg på at de gjør det de kan gjøre. Jeg føler meg trygg når jeg sender han av gårde – på at de følger smittevernreglene – med avstand. Det er en dag i uken, så jeg bekymrer meg ikke så mye. Jeg er mest bekymret når jeg går ut og handler. Jeg tror det blir rart når vi blir vaksinert og ikke skal bruke munnbind. Det vil fortsatt være mange som ikke er vaksinert, og det er skummelt med alle som er syke uten å vite det.

Den andre pårørende ga også uttrykk for å ha tillit til at smittevernet blir tatt ivare når offentlige instanser har ansvaret for ektefellen:

Jeg har ikke tenkt så mye på smitte. Jeg er ikke bekymret når [ektefellen] er på dagsenteret. De henter i minibuss med færre. De er fra en til fire i stedet for åtte.

#### *4.4.4.8 Frykt for et permanent kaldere samfunn*

Intervjuene i dette caseområdet ble gjennomført våren 2021, mens vaksineringsprogrammet fortsatt var i en tidlig fase. Smitteverntiltak var derfor fortsatt strenge med påbud om å holde avstand, og å bruke munnbind på offentlig sted og på kollektivtransport. Flere av informantene ga uttrykk for en viss bekymring for at avstandsregler skulle ende opp som normalt tilstand, i betydningen av at folk ville fortsette med dette etter at pandemien var over, både offentlig og privat. Det vil si at det brer seg en generell tendens til at alle vurderer hverandre som risiko, og dermed avstår fra nærkontakt, inkludert å gi klemmer. Som eksempler ble det pekt på at folk passerer hverandre med god distanse. De unngår samtidig blikkontakt, og mulige smil skjules bak et munnbind. Høflighetsfraser som kan skape samhold, kan også bli permanent fraværende:

Jeg har høy tillit til myndighetene, men nå har vi begynt å miste tillit til hverandre. Folk går ut i gaten når du møter noen på fortauet. Dette er negativt på sikt – også det at vi ikke kan håndhilse. Man skal holde avstand, man skal holde seg unna – ikke ta i hånden. Dette kan

virke i mange år. Dette er omtrent som tredje verdenskrig. Jeg håper at vi kan klemme igjen snart. Mangel på fysisk kontakt skremmer meg litt. (Mann 74 år)

En annen informant hadde registrert at ansatte i helsevesenet har sluttet å presentere seg når de ikke lenger håndhilser. Eksemplene som ble beskrevet, gjaldt særlig personalet ved institusjonen hvor ektefellen med demenssykdom er på avlastningsopphold, men også i andre sammenhenger:

Jeg tror at vi kommer til å bli uhøflig når vi ikke lenger tar hverandre i hånden – og presenterer oss. Jeg skjønner ikke hvem som kom på dyttingen med albuen. (Kvinne 84 år)

#### 4.4.4.9 Rutiner som undergraver «det aldersvennlige»

De av informantene som mottok hjemmetjenester, fortalte om litt ulike erfaringer med tilbudet. Tre av dem hadde hatt tilbudet i vel ett år eller noe mindre. Mens to av informantene ga uttrykk for å være fornøyd med hele tilbudet, var de andre fornøyd med noen deler av tilbudet og svært misfornøyd med andre deler. En var for eksempel svært fornøyd med informasjonen fra hjemmetjenesten som presenterte en liste over alt man kunne be om fra kommunen og andre, inkludert frivillige organisasjoner, hva som finnes og hvem som kan hjelpe til med hva. En annen som hadde vært bruker av hjemmebaserte tjenester i vel et halvår, på grunn av funksjonsnedsettelse, beskrev i intervjuet en motsatt erfaring, det vil si en erfaring som vedkommende fant helt uakseptabel:

Hjemmetjenesten kom først klokken halv åtte for å hjelpe meg i seng. Jeg nektet å akseptere det. Jeg våknet i fire-femtiden om natten. Hjemmetjenesten skyldte på tabletter som andre skal ha før de legger seg. Jeg ringte til kontoret og sa at naboen hadde sagt at jeg som et voksent menneske ikke kan legge meg klokken halv åtte om kvelden. Jeg får ikke sett på serier eller noe. Jeg får sett repriser på søndag formiddag, men jeg merker at da ser jeg på TV en hel dag, og det er ikke bra. Jeg fikk flyttet leggetiden til klokken ni, men de prøver seg stadig på å komme klokken halv ni. (Kvinne 82 år)

Informanten som er sitert over, bodde i geografisk nærhet til hjemmetjenestens lokaler. Fire av informantene fortalte at de hadde stort behov for trening, og måtte ha hjelp eller støtte til all bevegelse. De var i alderen fra 70 til 82 år. Tre av dem fortalte at de inntil for kort tid siden hadde vært fysisk aktiv og gått mye på turer blant annet på fjellet. I det meste av perioden som koronapandemien hadde vart, hadde ingen av dem fått hjelp til fysisk trening eller bevegelse. Den ene hadde hatt et tilbud fra NAV i en kortere periode:

Jeg fikk en fra NAV, en som kom en time hver dag, eller 45 minutter, i fire uker, og hjalp meg med bevegelser. Jeg følte meg mye tryggere, og ba om å få lov til å søke på nytt, men fikk ikke det. Jeg spurte om hun fra NAV kunne hjelpe, men det kunne hun ikke. Jeg har spurt de fra hjemmetjenesten om de kan hjelpe meg å gå en runde i huset, men det har de avslått. De er noen stuter.

Den ene av informantene som hadde hatt funksjonsnedsettelse over lengre tid, beskrev også en situasjon hvor den fysiske formen hadde blitt ytterligere svekket, både på grunn av manglende trening, og på grunn av alt alle aktivitetstilbud, inkludert arbeidstrening, som vedkommende vanligvis



benyttet seg av, var lukket under pandemien. Denne informanten ga imidlertid uttrykk for at det generelt sett finnes rikelig med aktivitetstilbud i dette caseområdet, men at ikke alt er like tilgjengelig for personer med funksjonsnedsettelse: *Kommunen har generelt sett nok tilbud, det er større utfordring å få brukt de som er.*

## 4.5 CASEOMRÅDE 4

### 4.5.1 INNLEDNING

Dette caseområdet er også en bydel i en større bykommune. Hjemmebaserte tjenester er delt inn i fire geografiske team, med hver sin avdelingsleder. To av disse teamene har i tillegg ansvar for et fagområde som dekker på tvers av de geografiske områdene. Bydelen har en relativt høy andel innvandrere i sin befolkning. Bydelen har ellers organisert et eget tilbud til personer med demens, i form av et spesialteam for demenssyke. De har også et eget dagaktivitetstilbud for brukere med demens, og demenskoordinator. Spesialteamet er lagt til et av de geografiske teamene i bydelen.

### 4.5.2 HJEMMEBASERTE TJENESTER: LEDERES VURDERINGER OG ERFARINGER

#### 4.5.2.1 12. mars og strakstiltak – kun «nødvendig helsehjelp» og trafikklysmodell

Lederen for hjemmetjenesten i bydelen forteller om den første tiden med pandemi, og hvordan ansatte som kom hjem fra vinterferie i utlandet måtte i karantene. Lederen beskriver at de opplevde en prekær situasjon for tjenestene, noe som gav behov for en rekke ekstraordinære tiltak, blant annet måtte de redusere på tjenester som ikke ble regnet som «nødvendig helsehjelp». Dette gjaldt for eksempel praktisk bistand, rengjøring av hjemmet, og aktivitetstid for de mest ensomme hjemmeboende.

Koordinatorerne satt og lagde arbeidslister for hjemmetjenesten for de kjenner brukerne veldig godt. De satt sammen med ansatte og andre sykepleiere og så på hva er det vi kan redusere? Kanskje vi kan redusere den ene dusjen, kanskje vi kan ta bort det ene tilsynet, og gikk gjennom. Men det var mest aktivitetstid, som er et tilbud til de mest ensomme eldre, som gikk bort. Det er jo ikke nødvendig helsehjelp. Men det er et tilbud vi har. Og praktisk bistand er heller ikke nødvendig helsehjelp i den forstand. (...) I den perioden så ble også dagsentrene stengt. (...) Dag aktivitet for demens ble også redusert.

Lederen forteller videre at de innførte en trafikklysmodell, som de tok i bruk i perioder med høyt smittetrykk, eller hvis de fikk for mye fravær i tjenesten. Omsorgsmottakere med demens var holdt utenom trafikklysmodellen, fordi de ble regnet som mer sårbare, og hvor det var viktig at tjenestetilbudet var mest mulig normalt.

En mellomleder i tjenesten beskriver det på en tilsvarende måte – det gikk to dager før organisasjonen hadde gjort tiltak og analysert situasjonen, og startet tiltak.

Vi har aldri vært borti i en lignende situasjon tidligere og jeg vil absolutt si at vi var en av tjenestene som klarte å snu seg ganske kjapt for de vi har kraftig ledergruppe handlekraftige ledergruppe og ikke minst ansatte som er villig og er fleksible og har fleksibilitet vilje, så vi var veldig, veldig kjapt ute, jeg tror det gikk maks to dager, så hadde vi satt i gang krisestab og

hadde tiltak ut ifra en ROS-analyse med kriterier for hvilke oppdrag som må utgå eventuelle behov.

En annen teamleder beskriver at de var føre var og forsøkte å forebygge for det som de trodde ville komme:

For vi skulle jo ta høyde for noe som kom som viste ikke visste var, så til å begynne med skrudde vi tjenestene ned ganske mye. Vi kutta ut blant annet praktisk bistand altså rengjøring vi måtte jo kutt ut, kom minst mulig inne gå minst mulig inne, så det var det første vi gjorde, og kartlegge og omorganisering på den måten.

Etter ei stund, når akuttfasen var over, kunne de øke på igjen med tjenester, for lederen så brukere begynte å merke negative konsekvenser av lite sosial kontakt. De erfarte også flere søknader til langtidsplasser i sykehjem.

Det er jo en del eldre uten pårørende og familie. Så vi fikk jo flere telefoner og henvendelser når skal dagsenteret åpne, skal vi åpne opp noe eller og flere søknader til langtidsplasser og slike ting.

#### *4.5.2.2 Brukere – reduserte tjenestene sine selv*

Dagsentrene i bydelen ble stengt i en 4-5 ukers tid, og dagaktivitetstilbudet for demenssyke ble redusert. Men lederen forteller også om at innskrenkningene av kontakt mellom tjenesteytere og brukere har gått begge veier. Det har ifølge lederen vært en god del brukere som også reduserte tjenestene sine selv, med henvisning til at de fikk besøk av sine pårørende, og at de fikk hjelp der. Brukerne har gitt uttrykk for at de synes det er «skummelt» å ha tjenesteytere på besøk, og de vil ikke ha altfor mange inne.

Kommunen erfarte også at det var brukere og pårørende som tok kontakt med tjenesten og avlyste tjenestene inntil videre, fordi de var engstelig for å bli utsatt for smitte. Den kommunalt ansatte beskriver også dette som noe som ble en del av en bevisst strategi fra kommunens side. De valgte bevisst en strategi der de ville spille på pårørende der hvor dette var tilgjengelig. I andre tilfeller forsøkte de å øke på med telefonisk kontakt.

Vi valgte en strategi på å spille på pårørende og nettverket til de aktuelle brukerne. Og så er det noen brukere som ikke har et nettverk heller, og i de tilfellene hvor vi anså det som ikke nødvendig helsehjelp så tilbød vi tilsyn i form av telefonisk kontakt.

Fra denne kommunale tjenesteyterens side, fremheves den sosiale distansen som en uvant strategi:

Det var litt rart at en måte å vise omsorg på her og den nye måten å vise omsorg på er å være ekskluderende, altså ikke fysisk til stede, Det å være det og bruke telefon her hvis omsorg er å vise omsorg. Det er tøft for våre ansatte og ikke minst for våre brukere, at man mister den relasjonen.

#### 4.5.2.3 Tjenesteyterne stiller opp ekstraordinært

Lederen fremstiller i intervjuet sine ansatte og brukere som «ekstremt fleksible» og at de har ønsket å «få det til å funke».

Når det gjelder, så er folk veldig fleksible og bidrar. Ansatte har vært veldig «ja men dette skal vi få til kom igjen!», og alle har jo lyst å se en ende på dette her. Og det var også en stor skepsis rett før vaksinene kom, og ganske mange som ikke ville ta vaksine. Og nå har vi jo 70 % vaksinert ansatte her. Og det er bra oppslutning.

Man ser jo det at man ikke kan ha den sosiale biten med, det er vanskelig å ha personalmøter. Vi kan ikke ha alle samlet for å ha personalmøte. Det blir for mange, vi kan ikke ha julebord, vi kan ikke ha felles lunsj her, vi kan ikke invitere inn flere enn vi er her. Og jeg prøver da å holde oppe motivasjonen oppe til ansatte hele tiden, alle de som har bidratt, endrede vakter, jobbet overtid eller ja. Så bestiller vi pizza og andre gode ting innimellom for å prøve å belønne de på et eller annet vis.

#### 4.5.2.4 Nye arbeidsformer?

Det er tydelig at koronapandemien har ført til brå endringer i den kommunale organisasjonen, noe som dels har ført til at gamle rutiner ikke lenger kan brukes, og dermed et behov for å etablere nye løsninger og arbeidsformer. På spørsmål om det er etablert nye rutiner i hjemmetjenesten i denne kommunen, er det særlig i samhandlingen mellom tjenesteytere og mellom tjenesteytere og ledere at det pekes på nye arbeidsformer. Lederen trekker frem videomøter ved bruk av Teams som noe som er kommet for å bli. Samtidig ser lederen at det skapes nye utfordringer – møtene blir lettere å organisere, og med det blir de også hyppigere – noe som ikke bare er en fordel:

En utfordring er at møtene blir lagt på tidspunkt slik at ansatte går fra det ene møtet til de andre.

Fra kommunerepresentantene fremheves det som positivt at bydelen jobber etter en «tillitsmodell». Denne arbeidsformen har skapt en beredskap som de har dratt nytte av under pandemien:

Bindeleddet mellom mottaker og tjenester skal være mer solid, og mottaker skal vite hvem som kommer og være trygg på hvem som kommer. Vi lærte oss å kjenne brukerne, og brukerne lære oss å kjenne. Og det tror jeg har hjulpet en del i denne epidemien.

De nye arbeidsformene som beskrives handler i stor grad om relasjonen mellom tjenesteytere. Lederne gir mye skryt av sine ansatte, som står på for å hankses med den nye situasjonen. En av mellomlederne beskriver de positive opplevelsene med organisasjonen når det gjelder evne til å tilpasse seg, slik:

Det er forskning som sier at helsetjenestene er de tjenestene som ligger mest etter med tanke på utvikling og fleksibilitet vilje. Og der vil jeg si at det har gått til det positive. Hvor endringsvillige vi var og kunne forandre oss, og kunne ta i bruk ny teknologi og metoder for å drive helse tjenesten på en bedre og forsvarlig måte, absolutt. Og det vil jeg si er positivt,

pandemien har på en måte gitt oss en slags aha opplevelse på hva som faktisk trengs å endres, og hvordan man bør endre seg.

Det pekes også på bedre arbeidsmiljø som bieffekt av nye arbeidsformer:

Og jeg er jo ikke direkte kontakt med brukere. Så jeg sier til oss at ansatte at det er deres ansvar, så er det mitt ansvar å ivareta dere. Jeg føler på en måte at vi er litt tettere knyttet sammen, at vi har fått et bedre arbeidsmiljø faktisk. De hjelper hverandre mer i større grad, de er mer selvstendig når jeg har hjemmekontor. Så sånn sett har vi faktisk fått til en kvalitetsutvikling, ikke direkte, men som en bieffekt vil jeg si.

Et spørsmål som ble tatt opp i intervjuene, var hvilken rolle digitale løsninger hadde fått i kommunikasjonen mellom tjenesteytere og brukere, mellom brukere, og mellom tjenesteytere. At bruk av og kompetanse om digitale verktøy har kommet høyere på agendaen blir for eksempel fremhevet av denne lederen:

Jeg tenker at det at vi har tatt digitale verktøy i bruk det har kommet mye mer på agendaen. Og jeg tenker at vi vil komme til å ha mye mer fokus på velferdsteknologi generelt også.

Men den økte bruken av digitale verktøy gjelder i første rekke mellom tjenesteytere. Når det gjelder hjemmeboende eldre pekes det av flere på at forventningene har vært for store, slik vi skal se senere.

#### *4.5.2.5 Lite samarbeid med private og frivillige aktører*

Samtidig som samarbeidet internt i tjenesten ser ut til å ha blitt styrket, beskriver informantene lav grad av samarbeid med private og frivillige. Både øverste leder og avdelingslederen beskriver ikke at det har vært lite av samarbeid mot private eller frivillige aktører, og faktisk også at samarbeidet med private og frivillige falt nesten helt bort på grunn av pandemien. Et unntak som nevnes var produksjonen av noen visirer i starten av pandemien.

#### *4.5.2.6 ... men nettverksarbeid blant frivillige og brukere kan gi en verdifull sosial beredskap*

Vi skal her vie litt plass til beskrivelsene som kom frem i intervjuet med en frivillighetskoordinator i bydelen. Dette er en erfaren person som i mange år har jobbet med nettverksarbeid ute blant frivillige samt blant kommunens ansatte, og som beskriver hvordan vedkommende nå ser at hen kan høste fruktene av arbeidet. Koordinatoren beskriver at det var krevende når pandemien kom til Norge, og at de ikke var forberedt. Samtidig hadde man de relasjonene og nettverket som var etablert over tid, å bygge på.

Men i og med at man hadde gode relasjoner til andre ansatte og frivillige organisasjoner, så klarte de på en måte å snakke sammen i hverdagen på en måte selv om aktivitetene ble borte.

I denne situasjonen ble telefonen et viktig redskap for å håndtere situasjonen og å kunne nå raskt frem til brukerne, og skaffe informasjon om hvordan de hadde det:

Det ble jo låst helt ned. Og da ble vi enige om at da må vi ringe rundt til de vi kjenner og høre hvordan de har det, trenger hjelp til å handle mat, trenger ja vi måtte bruke telefonen, og si at vi tenker på dere og vi er i nærheten.

Koordinatoren beskriver videre at det å ha etablerte møteplasser i nærmiljøene innebærer at man allerede i utgangspunktet har en slags fysisk og sosial kohort-struktur på plass. Denne strukturen kan være nyttig når man senere skal koble mennesker sammen:

Når man har møteplassen i nærmiljøene så er det veldig positivt for da er det lettere å ha kontakt når en slik pandemi kommer.

Når man har mennesker som kjenner hverandre fra før, og hvor rollene er avklarte, kan man også mer effektivt etablere nye samarbeid. Koordinatoren forteller hvordan de, når smitteverntiltakene ble lettet noe, kunne ta i bruk igjen møteplasser og dagsentre:

Det er jo åpnet opp, men vi satt med to meters mellomrom og vi satt med munnbind, og det ble veldig tilrettelagt for korona med spriting. Det var en som serverte kaffe og en som serverte mat og, så det var ingen som ble smitta av korona i den tiden. Vi spilte bingo og vi hadde det veldig moro selv om vi hadde avstand, så klarte vi det, ikke sant.

Selv om telefonen ble viktig for tjenesten for å holde kontakt med de hjemmeboende, kunne ikke telefonen erstatte fysisk sosialt samvær mellom eldre og andre. Lederne vi intervjuet i bydelen, kom inn på dette flere ganger – kobling av «telefonvenner» fungerte ikke dersom det ikke allerede var sosiale relasjoner mellom de som skulle kobles sammen:

Vi prøvde å tilby telefonvenner, vi prøvde å lage det, men det ville de faktisk ikke ha, så jeg tror det var det å komme ut, og treffe andre ute så var det største savnet. Det var bare én person som takket ja til telefonvenn-tilbudet. Så jeg er har inntrykk av at folk er litt usikre på sånne ting, så derfor ser jeg nå i ettertid at vi burde heller ha koblet sammen folk som var sammen på møteplassene». Da er det lettere å koble folk over telefonen i ettertid: «Og så kunne vi har kobla de som hadde pratet litt sammen før da. Så det er en erfaring jeg vil ta med meg videre, at man prøver å koble folk selv når det gjelder bare telefonsamtaler, vi prøver også å koble folk på selve møteplassen.

Koordinatoren oppsummerer med at denne beredskapen også har vært essensiell for samarbeidet mellom de ulike aktørene:

Den viktigste lærdommen jeg tar med meg videre, er hvor viktig det har vært at jeg har hatt gode relasjoner fra før av. Man har et godt samarbeid og gode relasjoner, det har vært veldig, veldig viktig. Gode relasjoner til frivillige lag, og til ansatte. At vi kjenner hverandre, og at vi vet hva vi driver med sånn noenlunde, det har vært viktig i denne perioden.

#### *4.5.2.7 Digitale verktøy som sosial arena og informasjonskanal*

En av lederne forteller at de forsøkte å ta digitale verktøy i bruk for personer med demens, men det ble ikke særlig vellykket.

Men for de med demens de er så utrolig sårbare, så der har vi ikke satt noen på rødt og gult. Så der har vi prioritert å ha alle på vanlig drift, fordi de er så sårbare. Og forsøke å opprettholde dagaktiviteten. Så da satt vi i gang med en-til-en kontakt. Og da prøvde vi ut det å lære opp i forhold til digitale verktøy. Men det ble ikke så mye av det for det er ikke så mange som er aktuelle for det.

Lederen på seniorsenteret forteller at det er få av brukerne der som er brukere av digitale løsninger, og at de blant eldre som faktisk bruker løsningene og finner informasjon på nett, gjerne har hjelp av familie eller venner:

Det er få av våre brukere som er på nett. Noen har vært på nett, de har barn og barnebarn som kan hjelpe de inn. For vi legger ut våre programmer på hjemmesidene og oppdateringer osv pluss at vi har dem på Facebook og sånn. Vi har noen av de damene på 75- 80 år som er på Facebook. Men mannfolk er omtrent ikke der. Det går mye på at «datteren min sa til meg, at det stod det og det på nettsiden» osv. De kanalene er egentlig vanskelig å bruke, det sies så fint, at «alt er på nett», men det er ikke så enkelt, ofte. For jeg tenker at det er viktig at øvrigheta får greie på at det ikke nytter å sende mail til denne aldersgruppa. De må finne på noe annet. TV, ja, de ser jo på NRK. Men innvandrerne ser jo ikke på norsk TV.

Flere av informantene på tjenestesiden, viser til telefonvenn som et tiltak for å motvirke ensomhet, som de har hatt forventninger til. Samtidig beskriver flere at disse forventningene ikke er innfridd.

Når vi har stengt, så bruker jeg å ringe rundt til folk, og jeg har spurt om de vil ha telefonvenn. Men overraskende mange har takket nei til det. De sier at de ikke vil ha noen som de ikke kjenner.

#### *4.5.2.8 Informasjonsflyt*

Informasjonsflyten beskrives som kaotisk i starten («kontrollert kaos»). Etter hvert ble tilgangen til informasjon bra internt, og senere også ut til brukere. Imidlertid beskriver informanten kommunikasjonen som i høy grad enveis; man får lite informasjon tilbake. Informasjonen til ikke-norskspråklige beskrives som mer tilfeldig, og basert på ansatte i tjenesten som (tilfeldigvis) har samme språkbakgrunn som brukere av tjenesten

Det har vært en utfordring, det å få ut riktig informasjon, på riktig språk slik at vedkommende forstår det. Mange av de er analfabeter, og mange forstår verken engelsk eller norsk. Det har vært en utfordring å finne ut hvordan man skal kommunisere med disse. Heldigvis har vi ansatte som har samme bakgrunn og som kan brukes til tolk i disse tilfellene, men det er ikke alle tilfellene hvor det gjelder. Men vi har ansatte med den kompetanse. Så kan formidle budskapet. Og hvis ikke så har vi benyttet pårørende som kan norsk og som kan oversette til sine foreldre

#### *4.5.2.9 Prioritering av «nødvendig helsehjelp»*

Som vi har vært inne på ovenfor måtte hjemmetjenesten gjøre strenge prioriteringer i den første og mest akutte tiden av pandemien. Det gikk mye ressurser til å orientere seg og etablere et fungerende

system i den nye situasjonen. Det var behov for å prioritere de mest nødvendige tjenestene, mens annet mer langsiktig arbeid ble lagt til side. En leder forteller hvordan økonomioppgaver, HMS, og prioritering av egne ansatte ble prioritert, mens kvalitetsarbeid ikke ble prioritert:

For det har blitt veldig mye økonomi, og slikt kan vi ikke vente med faktisk. Ting må være i orden til årsavslutninger og rapporteringer og slik. Så det tror jeg nok har blitt prioritert generelt. Men at kvalitet har blitt prioritert ned, det vil jeg nesten påstå. For vi har jo kompetanse, de ansatte har jo den kompetansen de har, og da er det ikke slik at det er nødvendig at vi skal drive den vanlige kompetanseheving i en sånn periode som under pandemien. Og HMS-arbeid, det har vi også holdt i. Men det er heller ikke et område som det har vært så satset på. Vi begynner å jobbe mer med det igjen nå.

Denne kommunale tjenesteyteren peker på forholdet mellom nødvendig helsehjelp på den ene siden, og praktisk bistand på den andre. Praktiske tjenester, som tilbud om rengjøring, har for mange blitt noe redusert under pandemien, fordi det ikke er «lovpålagt». Tjenesteyteren gir også uttrykk for at praktisk bistand tidligere, i noen tilfeller kan ha blitt tildelt som en «erstatning» for at man ikke har hatt mulighet for å tildele andre (lovpålagte) tjenester til brukeren – som gjerne har forventninger om å få tildelt et tjenestetilbud. Sett fra den kommunale tjenesteyterens perspektiv kan en fornuftig strategi være å snever inn eller tydeliggjøre begrepet «nødvendig helsehjelp»:

Hvilke helsetjenester er det som er forsvarlig og nødvendige? I henhold til loven, hva er det man faktisk trenger? Man må begynne å snevre litt inn for faktisk å klare å imøtekomme etterspørselen i fremtiden.

Vedkommende ser samtidig dilemmaer, og peker på at det fra myndighetenes side kunne vært lagt til rette for å opprette en egen enhet som ivaretok sosiale behov. Informanten reflekterer rundt dette:

Ja, vi er sosiale vesener og det er viktig. Så om man burde tenke i de baner at man burde fått en lov om at bydelene og skal ha en egen avdeling for sosial kontakt eller lignende, det kan absolutt være en god løsning. For vi lever lengre, og det er ikke alle som har et nettverk rundt seg. Og det er veldig viktig at de blir bare tatt ivaretatt.

#### *4.5.2.10 Ensomhet – den store utfordringen*

Alle representantene fra kommunen trekker frem ensomhet som en utfordring. Det er imidlertid ikke gjort en kartlegging av graden av økt ensomhet av tjenesten selv.

Det blir litt synsing, men det er jo spesielt utfordrende for de med demens. Hos de som har hatt aktivitet så tror jeg nok det er tilfelle at det har blitt verre, for vi har ikke hatt mulighet til å opprettholde i like stor grad som før. Vi har måttet minimere det, ved å ikke ha så store grupper blant annet. Og i tillegg har vi slitt litt med lokaler, men det har egentlig ikke med korona å gjøre. Så der er det er litt bekymringsfullt faktisk, akkurat den gruppa med demens.

Kommunen har også mistet noe av muligheten for å fange opp ensomhet og andre problemer, fordi flere har takket nei til å motta praktisk bistand fordi de er engstelig for å bli smittet.

Et budskap som går igjen fra beskrivelsene til de kommunale lederne, er at pandemien har gjort arbeidet med å skape mer aktivitet og forebygge ensomhet vanskeligere:

Og vi er veldig langt unna å ha et aldersvennlig samfunn for de med demens. Vi tenker at vi skulle øke kompetansen om demens på matbutikken, og i nærmiljøet, hos drosjesjåfører, på bussen, og alt. Korona har vel ikke akkurat gjort at vi lettere får fokus på det. Men det har i hvert fall tydeliggjort denne gruppa for meg, for de har så lite mulighet til å gjøre noe sjøl. Jeg kan jo velge å gå tur når jeg vil sammen med en venninne, jeg kan ta bilen til kjøpesenteret hvis jeg trenger, Det kan du ikke når du er gammel og avhengig av hjelp og transport, og av at ting er tilrettelagt rundt deg. Jeg synes pandemien har synliggjort hvor vanskelig det er for svake grupper i samfunnet egentlig. Så jeg får bare håpe at vi kan bruke det som springbrett for å jobbe med det videre.

Men vi hører også eksempler på at pandemien gir incentiver til et hverdagsliv som for noen er mer aktivt enn de var tidligere:

Mens andre, går tur nesten hver eneste dag, noen går nesten mer tur nå enn de ville gjort ellers.

#### *4.5.2.11 Frivillig organisasjoners viktige rolle som kontaktledd til minoriteter*

Frivillige organisasjoner har andre kontaktflater mot hjemmeboende eldre, og kan ta i bruk litt andre virkemidler enn den kommunale hjemmetjenesten. Et eksempel i dette prosjektet er en frivillig humanitær organisasjon, som driver ulike tilbud med språkopplæring kombinert med digital opplæring, rettet mot innvandrerbefolkningen. Informanten, som selv er en eldre innvandrerkvinn, gir uttrykk for at innvandrerne, og særlig de eldre, har tilgang til for lite informasjon om hvilke rettigheter og plikter de har. Dersom det ikke blir stilt forventninger til dem, øker risikoen for at de passiviserer seg selv.

Innvandrere har også god dannelse, de som har kommet til Norge. Mange har lært norsk, men fortsetter ikke i jobb, men tar pensjon når er 62 år. Og mange har isolert seg hjemme. Mange klarer ikke å stå opp og gå hjemme. De får vondt i kroppen. Jeg forteller at hvis de sitter mye, er det som en bil, den ruster. Jeg prøver å forklare til disse eldre. Mange tenker «jeg kan gjøre ingenting». Det er ikke sant, vi kan gjøre veldig mye.

Informanten gir uttrykk for at informasjon har vanskelig for å nå frem til mange innvandrere. Hun er opptatt av at innvandrere også må stilles krav til så de lærer seg norsk, slik at det er mulig å tilegne seg informasjon. Denne informanten tok også opp et annet viktig forhold, som kan bidra til å forstå hvorfor mange eldre innvandrere ikke vaksinerer seg, nemlig religion.

### **4.5.3 FRIVILLIGHET KAN SPILLE PÅ ANDRE STRENGER**

Det framkom eksempler i intervjuene, som kan belyse hvilken rolle frivilligheten har hatt under pandemien, både sett fra tjenesteytere og fra brukers side. Disse delene av intervjuene fokuserte særlig på hvordan tilbudet ble organisert i tiden med pandemi, i hvilken grad tilbudet fortsatt var åpent og om det ble brukt, i tillegg til noen spørsmål om informasjon.



#### 4.5.3.1 Informasjon

Når vi tar opp informasjon som tema i intervjuene er det varierte erfaringer som formidles. Frivillighetskoordinatoren som ble intervjuet gir uttrykk for at det ikke har vært mangel på informasjon, og uttaler at de innenfor tjenestene har fått informasjon om korona daglig:

Så vi har vært veldig involvert i koronaarbeidet i utgangspunktet, så vi har vært veldig oppdatert og smitte, hvor det er smitte, hvordan ikke bli smitta hvem som blir smitta, og hvordan ting skal gjøres.

Når det gjelder informasjon overfor innbyggerne, og særlig overfor de med annen kulturell bakgrunn, trekker vedkommende frem bruken av *informasjonsverter* i regi av nærmiljøavdelingen i bydelen, som er ungdommer som driver informasjonsvirksomhet på ulike «pop-up-stasjoner» rundt om i bydelen, som et tiltak det har vært gode erfaringer med. Disse informasjonsvertene har blant annet kunnet informere om et mobilt test-/vaksinasjonstilbud i form av busser (i regi av Helsedirektoratet) som har kjørt rundt i byen.

Samtidig handler det ikke bare om tilgang til informasjon, men også om bearbeiding av holdninger. Informanten viser til at det i enkelte miljøer er knyttet skam til å skulle være syk. Sykdom kan medføre at man blir sosialt ekskludert:

For det viser seg at også her har det mye med holdninger å gjøre, og få folk til å teste seg. Så det er lagd et informasjonsskriv om hva folk skal gjøre, holde avstand og så videre og når det gjelder å teste seg. Det viser seg at det er for mange en stor skam, de vil ikke være syke, de vil ikke vise at de er syke. De blir invitert til store samlinger og de vil ikke takke nei fordi de er redde for å miste vennskapet til naboer og de rundt seg. Så vi har brukt mye av disse ansatte, to fra Somalia og en fra Pakistan, til å gå rundt og «lobbe» rett og slett, til å gå rundt med gule vester og spørre, hei har du testa deg? Vi har dratt inn i moskéen hvor vi har snakket om viktigheten av at de har snakket om smitte og testing. Men de er også stengt ned så da får vi ikke brukt de.

Lederen for seniorsenteret beskriver det som en utfordring å få de med innvandrerbakgrunn til å bruke senteret. Lederen forteller at det at det koster litt å delta, kan være til hinder for enkelte. Vedkommende tolker det slik at de får dekket sitt tilbud gjennom moskeene:

De flerkulturelle, er noe vi strever med, de kommer ikke til oss. Når vi har sendt ut programmet vårt, alle over 62 i bydelen får det i postkassen sin, da hender det at noen kommer innom for å se. Så inviterer jeg dem inn. Så ser de på meg og lurer på om det koster noe. Viss det koster noe så sier de nei takk og så må de dra. For her koster det noe. Mange forsvinner ut på grunn av det. Det har vel sine moskeer som er delvis åpne – det er de arenaene som ivaretar deres behov.

#### 4.5.3.2 Frivillige organisasjoner har en annen mulighet til å oppfordre til ansvarliggjøring

Informanten fra en frivillig organisasjon (har en lederrolle i organisasjonen) kommenterer at informasjonen ikke har vært god nok, men sier samtidig at både innvandrere selv har et ansvar for å

lære seg norsk slik at de kan tilegne seg informasjon, men samtidig også at det offentlige kan bli bedre til å formidle informasjon og tilrettelegge for informasjonsdeling blant innvandrere selv. Når det gjelder formidling av informasjon så peker informanten på at det også er viktig å forklare hvorfor det er viktig å ta vaksine: «Og forklare HVORFOR man skal få vaksine. Alle sier det er viktig, men ingen forklarer HVORFOR». Videre er det viktig at informasjonen utformes i et enkelt språk, og særlig i enkle korte setninger dersom det skal være på norsk. Fordi «mange eldre i innvandrerbefolkningen ikke er vant til å lese». Når det gjelder tilrettelegging for informasjonsdeling peker lederen på at innvandrere selv også har et ansvar og at de må gjøres ansvarlig.

De [kommunen] har våre navn på data. De kan for eksempel organisere grupper med personer, og motivere personer til å snakke med andre personer på samme alder. Hvis du for eksempel bor i bydel [navn på bydel] og er klar og sprek, så er det viktig at du kan ta ansvar for å formidle til andre. Man må si informasjonen videre. Det er ikke bare kommunen som må informere, men folk må også engasjere seg. Man må lage en «informasjonskjede» som kan forklare hva som skjer med pandemi, så kan man redde mange liv. Man kan for eksempel samle 2-3 venninner og snakke sammen. I små grupper.

#### 4.5.3.3 Sosial viktig arena for mange enslige hjemmeboende er borte

Lederen av et forholdsvis lite seniorsenter i bydelen (rundt 25 brukere) forteller at bare omkring halvparten av de som vanligvis bruker senteret, kommer dit daglig for å spise på intervjudispunktet (medio april 2021). Seniorsenteret har hatt stengt, men er i ferd med å åpne litt opp igjen. Lederen forteller at mange eldre som har vært avhengige av kafeteriaen på seniorsenteret for å ha sosial kontakt, nå har mistet en viktig tilgang til sosialt samkvem - *det sosiale har blitt borte for mange eldre hjemmeboende.*

Informanten gir imidlertid inntrykk av at de nå ser lysere på det, og har funnet løsninger som gjør det mulig å gi et delvis tilbud til noen av brukerne:

Nå har vi satt ut bord ute for at de kan sitte ute med god avstand og prate litt. Det har begynt å løse seg litt opp. Jeg ser at det er mange som har behov for det. Så litt trening og så videre på seniorsenteret har vi også kommet i gang med. Så vi er på gli!

Jeg skulle ønske at de kunne åpne litt frivillighetssentralene, at de i hvert fall hadde åpent en dag eller to per uke. Eller på eldresenteret. De har jo plass der til noe. Det er bare stengt der (...) At man kunne melde seg på slik at de visste hvor mange som kommer.

#### 4.5.3.4 Ambivalente holdninger til å få hjelp fra «frivillige»

I intervjuene prøvde vi å fange opp hvordan og i hvilken grad tjenester fra frivillige organisasjoner eller personer var blitt brukt i økt eller mindre grad, og eventuelt til hvilke oppgaver. Et inntrykk fra de vi har intervjuet i denne kommunen/bydelen, er at det ikke har blitt utløst en merkbar økning i bruken av ressurser fra frivillige aktører. Men samtidig kan det se ut til at for de som er brukere av frivillige, så har dette tilbudet blitt desto viktigere.

En forklaring som frivillighetskoordinatoren peker på, er at det er holdningene til å motta hjelp fra «frivillige», og negative konnotasjoner ved selve uttrykket, som kan være en barriere for å motta frivillig hjelp:

Så når jeg er ute nå så prøver jeg å ikke bruke ordet frivillig, fordi jeg ser at veldig mange av de gamle i den gamle skolen har de holdningene, at da får de piggene ut med en gang. Så jeg må snakke på en annen måte. Jeg trenger hjelp til å ha noen til å være med og gå en tur på torsdag, kunne du tenke deg å være med på det? Ja det kunne jeg godt tenke meg. Hadde jeg brukt ordet frivillig så hadde det vært mistenksomhet. Så her er det snakk om at vi må gjøre vi må gjøre litt holdningsarbeid rundt omkring. Både med det å kunne hjelpe andre, og det å kunne ta imot hjelp, at det er helt greit. Så til å ha møteplasser og aktiviteter i livet, og har den holdningen at det er helt greit å hjelpe andre og ta imot hjelp, det tror jeg blir veldig nyttig i framtiden. Når sånne situasjoner oppstår.

#### 4.5.3.5 *Potensialet*

Det fremgår samtidig at det er et stort potensial blant frivillige når det gjelder å være en arena for opplæring i ferdigheter og i sosial kontakt. Dette gjelder ikke minst for mennesker som ellers vil være isolert i hjemmet sitt på grunn av nedsatt førighet, og hvor det er få alternative arenaer hvor man kan få dekket et sosialt behov.

Frivillighetskoordinatoren peker på at det kan være både viktig og effektivt å satse på å øke eldre brukeres kompetanse i digitale verktøy. Vedkommende bruker sin egen far som eksempel, og

Ja det hadde vært veldig fint hvis for eksempel, jeg har en far, han er [alder] år, han vil ikke bruke Internett til nettbank. De er redde for det. Så det er noe jeg ser at det trengs å bli kjent med. På en ufarlig måte, at det ikke er så farlig å surfe og så videre. Så derfor støtter jeg han i seniornett, at koronaen begynner å legge seg tilbake, så vil de prøve å få opp det, og få folk til å bli mer aktive brukere av nettet. At de kan få hjelp til slik som teams, Skype, folk nettbank, digipost. Slik som min far han får ikke åpnet noen ting han skal ha alt i postkassen, så det er også er det litt holdninger som skal til.

Et eksempel på en slik arena som fyller en viktig både sosial og kompetanseøkende funksjon (ikke minst i digital kompetanse), kom frem i et intervju med lederen i en humanitær organisasjon, som driver et språkopplæringstilbud for eldre med innvandrerbakgrunn. Denne typen opplæring gir også mulighet til flere andre typer kompetanseøkning og andre goder, i tillegg til at det i seg selv kan være en sosial arena: Kunnskap om det norske velferdssystemet, sosialt nettverk, sosiale koblinger som kan aktiveres ved behov, og ikke minst kunnskap knyttet til pandemien, for eksempel om smitte og smittevernstiltak.

I intervjuene med informantene med innvandrerbakgrunn kommer det frem hvordan muligheten til å bruke samlingssteder som (f.eks.) frivillighetssentralen, ble en viktig for å kunne komme seg ut og treffe andre på en trygg måte. Noen av informantene i dette prosjektet ble rekruttert gjennom disse tilbudene, etter at flere forsøk på å rekruttere eldre hjemmeboende tjenestemottakere gjennom de kommunale hjemmetjenestene mislyktes. Disse tilbudene fungerer som «oversettere» mellom førstegenerasjons innvandrere som kan ha vanskelig for å forstå norsk og tilegne seg informasjon, og

lokale myndigheter, som ønsker å formidle informasjon til innbyggerne. Tilbudene må også selv praktisere smittevernreglene, og har på den måten også en funksjon ved at de «lærer bort» smittevernreglene og hvordan disse kan praktiseres.

Jeg har vært i går på datakurs. Det var første gang jeg var der, på [forsamlingshus drevet av frivillighetssentralen]. Jeg merker at det er bedre for meg at jeg ser folk. Jeg kjenner også bedre data nå.

#### **4.5.4 INNBYGGERES ERFARINGER**

Innbyggerintervjuene i dette caseområdet dekker en stor bredde når det gjelder sosial og kulturell bakgrunn. Utvalget består av åtte informanter, som spenner aldersmessig fra 61 til 82 år, der fem av informantene har en ikke-norsk kulturell bakgrunn, og er førstegenerasjons innvandrere fra asiatiske eller sør- og mellomamerikanske land, mens tre er født og oppvokst i Norge. Fire av informantene er omsorgsmottakere, og fire er hjemmeboende som ikke mottar omsorg. Alle disse åtte informantene er kvinner. I tillegg har vi intervjuet to pårørende til hjemmeboende med demenssykdom. Disse to informantene er begge menn, den ene har en aldrende far, den andre en aldrende mor med demenssykdom.

##### *4.5.4.1 Når hverdagsstrukturen bryter sammen*

Intervjuene med noen av innbyggerne gir et innblikk i hva som skjer med hverdagslivet for mange når de hverdagslige rutinene uteblir, de små «usynlige» forpliktelsene man har laget seg, og som skaper struktur og rytmikk i hverdagen. Når disse knaggene blir borte, så ramler hverdagslivet for enkelte sammen. Dette kan være en viktig innsikt når det gjelder tiltak for å forebygge passivitet og isolasjon under pandemi. En kvinnelig informant som beskriver seg som vanligvis aktiv, uttaler:

Blitt mer ensom under pandemien? Kanskje det, men jeg vil heller si jeg har blitt mer giddalaus. Det er ingen som sier noe om at du må være med på ditt eller datt, ingen som forventer noen ting av deg, hvis jeg ikke ringer selv og maser. (...) Jeg vil nesten karakterisere meg som ensom ja, deprimert.. giddalaus. Jeg tror at har man noen som forventer noe av en, så orker man mer. Men nå er det som om jeg ikke orker å begynne på noe. I begynnelsen fylte jeg opp to albumer med bilder.. men det har blitt liggende.

Også en annen informant i denne bydelen, en enslig kvinne på 79 år, peker på noe av det samme. Hun omtaler seg som en som alltid har vært aktiv i foreningsliv, har hatt et stort nettverk, og alltid har hatt fulle dager med avtaler og gjøremål. Hun beskriver hvordan koronapandemien nærmest punkterte ballongen helt, og det som gjensto var en spasertur frem og tilbake til kjøpesenteret:

Ellers i året som har gått, så det eneste jeg på en måte føler jeg har gjort, det er å gå en liten tur fram og tilbake til senteret. Der holder de på å bygge om. Vi hadde en liten kafe. Den var oppe helt til påske, jeg var der nesten en tur per dag. Den har vært en slags liten redningsplanke. (...) Ellers, innholdet i hverdagen ... ikkeno, jeg ser på TV. Jeg er ikke flink til å tur. Jeg vet ikke hva jeg skal si. Fra å være opptatt hver eneste dag, til bare å ta en tur for å drikke en kopp kaffe på senteret. Det er en stor endring for meg.

Jeg har i hvert fall lært om meg selv at jeg må ha tupp i baken for å komme meg ut. Jeg må ha dette at «jeg skal noe». At jeg har avtaler på en måte. Frivillige avtaler, men ... Det trenger jeg, det har jeg blitt klar over. Det er ikke bare å ha «fri».

#### 4.5.4.2 Økonomiske aspekter

I enkelte av intervjuene kommer det opp at pandemien og smitteverntiltakene har hatt økonomiske konsekvenser. Én av informantene, en 75 år gammel enke fra Sør-Amerika som har bodd i Norge i tre tiår, forteller at hun bruker mer tid i leiligheten nå enn før, noe som gir høyere strømrregning på grunn av et behov for å ha varme i leiligheten hele døgnet, i tillegg til at hun ser mer på TV og bruker komfyren mer til matlaging.

I vinter brukte jeg veldig mye strøm, vi kan ikke gå så mye ut. Så vi bruker mere strøm til mere bruk av TV, komfyr og alt. Og strøm er veldig dyrt. Jeg spiser mer også og det går mer penger til å kjøpe mat. Jeg har min enkepensjon. Noen ganger lånte datteren min penger til meg.

#### 4.5.4.3 Det sosiale hverdagslivet (familiekontakt, nabokontakt mm)

En av de yngre informantene, en 65 år gammel kvinne, forteller at hun har et sosialt nettverk som består av har to voksne barn (utflyttet, men bor i samme by), en søster som bor like i nærheten, og ellers noen venninner. Hun forteller at og at hun i dag ser lite til andre enn søsteren og den ene datteren, fordi hun er mye hjemme etter at pandemien kom. Hun beskriver seg likevel ikke som ensom, men det er fordi hun i utgangspunktet ikke er så «sosial». Da er det nok verre for en del andre, mener hun:

Jeg tror kanskje det at folk som er sosial har blitt plaget litt av det. Men jeg er ikke sosial, så jeg er ikke så plaget.

Kvinnen forteller samtidig om at hun nå er mye ute og går tur med hunden, ofte fire turer om dagen. Dette er rutiner hun hadde også før pandemien, og som ikke har blitt mye påvirket av at pandemien kom:

Og så går jeg tur. Og når jeg komme hjem så spiser jeg frokost. Går tur, litt over halv ti. Hvis er oppe mye før det, går turen før halv ti. Og hvis jeg må i butikken, så drar jeg i butikken. Om ikke, så går jeg hjemme, ser på TV, leser nyheter, vasker tøy osv. Vanlige huslige sysler. Og så går jeg tur igjen mellom klokken ett og to. Så skjer det ikke så veldig mye før jeg går tur igjen i sekstiden. Når jeg har gått den turen, så er det TV igjen stort sett. Så er det ny tur i nitiden. Og så legger jeg meg cirka halv ti-ti.

Hun sier imidlertid at hun tror hun nå bruker telefonen mer enn hun gjorde før pandemien. Hun er lite aktiv på Facebook.

Også i intervjuene med de andre informantene er bruken av SoMe-apper et tema. Som i intervjuet med denne informanten, en 67 år gammel førstegenerasjonsinnvandrer, hvor Whatsup og Facaetime blir fremhevet som apper hun kjenner til.

Jeg kjenner ikke til Skype. Jeg bruker ofte Whatsup og Facetime. [Intervjuer: Er det vanskelig å bruke?] Ja, det er det, men barnebarna hjelper litt. Mobil er veldig bra, min beste venn. Hvis jeg ikke hadde mobil, hva skulle jeg gjøre, være alene?

Denne informanten er (delvis) uføretrygdet på grunn av en operasjon i vitale kroppsorganer omkring et år før pandemien, og var i jobb to dager i uka fram til pandemien kom. Da måtte bedriften stenge, og hun har siden vært uten jobben disse to dagene. Bedriften hadde ennå ikke åpnet igjen på intervjutidspunktet. På grunn av nedsatt immunsystem får hun ikke lov av legen til å ta offentlig transport. Hverdagen hennes er tydelig annerledes enn den var kort tid før pandemien, men hvor det samtidig ikke er lett å se hvilke endringer som skyldes pandemien og hvilke livsendringer som skyldtes andre forhold og mekanismer.

Kvinnen har tatt én vaksine på intervjutidspunktet, men er usikker hvor godt beskyttet hun er, som har helseproblemer etter operasjonen. Helseproblemene etter operasjonen gir henne noen utfordringer, blant annet at hun må teste seg svært ofte for smitte. Hun hadde blitt testet mer enn 10 ganger på intervjutidspunktet. Hun mottar ellers hjemmetjenester omtrent hver tredje uke hvor hun får hjelp til å vaske og til å skifte sengetøy. Hun kommenterer at det er en utfordring at tjenesteyterne som kommer på besøk ikke bruker munnbind i stor grad.

Informasjon om smittevern? Ja, god fra myndighetene. God informasjon fra tjenesten. Om jeg har tillit til myndighetenes håndtering av pandemien? Ja det er jeg. Jeg tenker at det er ikke så lett for de heller.

En annen kvinne med innvandrerbakgrunn (asiatisk) som har omkring 20 barn og barnebarn til sammen, beskriver hvordan det ble et problem å få feiret hennes bursdag når pandemien sto på som verst. Men barna og barnebarna ønsket å feire henne, og de løste dette ved at hun satt med åpent vindu i leiligheten, som er i første etasje med stort fortau utenfor, mens barna og barnebarna parkerte bilen utenfor, med åpne vinduer. Slik kunne barna og barnebarna feire bursdagen hennes, hilse på og ta bilder, samtidig som reglene for sosial avstand ble overholdt.

Barna kommer og sitter i bilen, de kunne bare hilse og sitte der ute. Fordi jeg bor i første etasje, og har et stort fortau utenfor, var dette mulig. De hilste på meg og tok bilder mens jeg satt hjemme i vinduet og barna er ute. Dette var i april.

#### *4.5.4.4 Ensomhet og passivitet går hånd i hånd*

Når vi spør om pandemien har ført til mer ensomhet, er det tydelig at det for enkelte er en nær forbindelse mellom økt grad av passivitet og økt ensomhet. Det er ofte sosiale grunner til at man beveger seg utenfor boligen, og en tur utenfor boligen for å handle mat f.eks. fører også ofte til sosial kontakt for mange. På spørsmål om pandemien har ført til mer ensomhet, svarer denne 79 år gamle kvinnen – som i utgangspunktet har et stort sosialt nettverk:

Ja, det er ikke til å legge skjul på. Fordi jeg ikke kan opprettholde de aktivitetene jeg holder med på. Jeg har ikke hatt mange gjester i løpet av et år nå. Før kunne jeg ringe til en jeg kjenner og si - har du lyst å ta en tur? Det har blitt mye mindre av det. Etter den siste runden med nedstengning av byen, har jeg nesten ikke hatt kontakt med et eneste menneske. Og det

er dager hvor jeg så å si nesten ikke bruker stemmen, jeg snakker ikke med noen fra morgen til kveld. Så at har blitt mer ensomhet og dårligere kondis og slik, det har i hvert fall skjedd med meg.

Vedkommende uttaler videre:

Jeg treffer kanskje de som er flinkest til å ta seg til noe. De som sitter hjemme og glori i postkassa har det nok adskillig verre. Det er folk jeg ikke har sett på halvannet år nå.

En annen kvinne beskriver noe lignende, en form for passivitet i hverdagen som konsekvens av pandemien. Kvinnen sier at hun har lagt på seg et par kilo og at det er ganske mye for en person på 75 år, fordi hun går mindre ut, er mer inne, spiser mer og er mindre aktiv.

#### *4.5.4.5 Smittevern og informasjon*

I hvilken grad informasjon som gis fra myndighetene og andre når frem til de eldre innbyggerne, er avhengig av ulike forhold. Det kan avhengig av hvor mye informasjon som gis og hvordan denne gis, og det kan være avhengig av de eldre mottakernes mulighet til å skaffe seg informasjon på eget initiativ. Denne informanten beskriver hvordan informasjonen på intervjuetidspunktet var både omfattende og samtidig endret seg ofte, slik at det hadde nådd et slags metningspunkt for hennes og andres vedkommende:

Til å begynne med var det bra med informasjon. Nå synes jeg det er forvirrende mye, staten kommer med sitt og <bykommunens navn> kommer med sitt. Jeg nesten blåser i informasjonen som kommer, og hvis jeg trenger det, så slår jeg opp på smittevernregler. Jeg tror folk gir mer eller mindre blaffen i å holde seg oppdatert nå. De husker bare de store linjene. Det med hvor mange gjester du kan ha hjemme og så videre, mister man oversikten over. Jeg har ikke små barnebarn heller, så jeg har ikke interessert meg for å følge med på hvordan det går på skolen.

Noen får hjelp av barna til å lære seg å bruke sosiale medier. Whatsapp og Face-Time nevnes ganske ofte. Men en utfordring er begrensninger i hvilke apper og kommunikasjons-løsninger de kommunale tjenestene kan bruke. Andre støtter seg mest til fjernsynet:

Det er bare å sette på tv-en når man vet det skal være noe. Men noen ganger blir det så langt. Men jeg syns egentlig vi har fått ganske god info.

#### *4.5.4.6 Digitale verktøy som ekskluderer*

En hjemmeboende innbygger som ikke mottar tjenester peker på at det eksisterer et behov for grunnleggende opplæring når det gjelder digital kompetanse blant eldre, og at slik opplæring bør skje over tid. Hun anser seg selv som ressurssterk og erfaren når det gjelder bruk av digitale verktøy. Hun peker på at verktøyene og de digitale flatene som utvikles og der brukergrensesnittet fornyes ofte, stenger mange eldre ute fra å foreta hverdagslige viktige oppgaver.

De fleste har smarttelefon, men om alle klarer å bruke det, det vet vi ikke. Vi har hatt opplegg gjennom året for å lære folk å bruke smarttelefon. Men det er tungt. Jeg har hatt folk på kurs

selv. Mange er interessert, og ønsker å kunne betale regninger selv i nettbanken og slike hverdagslige ting (...) Før kunne folk gå i banken og prate med en funksjonær, men nå må du slite deg gjennom på pc'en for å få betalt regningene dine. Jeg synes det er helt... Jeg har jobba med skjerm i mange år. Bare en sånn ting som, hvordan behandler du mere lys på skjermen, hvordan får du mere lyd? Sånne bagateller kan være store hindre for folk som ikke skjønner hvordan disse tingene fungerer.

Det denne informanten formidler innebærer også på at det kan være mye å hente på å tenke digital opplæring/oppfølging som forebygging. Men også her er det viktig at man tar utgangspunkt i de eldre sine reelle behov og skreddersyr et tilbud med grunnlag i god kunnskap om hva de reelle behovene er:

Men på kursene takler de gjerne ikke de reelle behovene til eldre. For det kan være 8-10 personer på kurs og én eller to kursholdere, mens de fleste som deltar på kurset har behov for 1 til 1 oppfølging for å lære det som trengs. Du trenger 1 til 1 når folk kommer såpass opp i åra. Men dette skulle vi egentlig ha kunnet før koronaen kom, men nå er det for seint.

#### *4.5.4.7 Avslag på hjemmetjenester – berører også spørsmål om kjønnsroller*

En 64 år gammel kvinne med innvandrerbakgrunn fra et asiatisk land har nedsatt bevegelsesevne, og mye vondt i kroppen i forbindelse med dette. Hun bor sammen med mannen sin, som er omkring 10 år eldre, og de har tre barn som nå er voksne og har flyttet ut. Hun har også tre barnebarn, og hun treffer barn og barnebarn omkring en gang per uke. Da kan de sitte sammen og spise frokost, men passer på å holde avstand. De små barna slipper å bruke munnbind, men må vaske hendene ofte. Hun sier hun treffer naboene sjeldnere nå på grunn av korona. Kvinnen er vaksinert mot korona. Men hun følger likevel med på smitten nå, som på intervjutidspunktet hadde økt kraftig i byen, som i landet ellers.

Kvinnen har, via sin fastlege, søkt kommunen om hjemmehjelp fordi hun ikke er i stand til å utføre alt arbeidet i hjemmet som forventes av henne. Dette fikk hun avslag på, og begrunnelsen var at mannen hennes, som også er hjemme daglig, er frisk og kan hjelpe til. Men kvinnen sier at dette ikke løser deres situasjon, fordi mannen ikke klarer alt. Det fremkommer informasjon i intervjuet som kan tyde på at det også er forventninger til kjønnsrollene som gjør at mannen ikke kan kompensere for hennes manglende funksjonsevne. Hun gir uttrykk for at det psykososiale klimaet i hjemmet ikke er veldig bra i denne situasjonen. Hun sier

Hjemme er det veldig kjedelig, det er mye depresjon. Jeg kan ikke gå på besøk og kan ikke være ute.

Denne kvinnen, på 67 år, har fysiske helseproblemer og er bruker av rullator. Hun forteller at hun mottar hjelp fra de kommunale hjemmetjenestene omkring en gang i året nå, under pandemien:

De sjekker ut min rullator og min helse, hvordan jeg går, hva jeg gjør, hvordan jeg trenger hjelp. Etter at koronapandemien kom, er det veldig sjelden jeg får besøk av tjenestene hjemme, de tar kun kontakt med meg på telefon. Hvor ofte kommer de hjem til deg? De kommer kanskje to ganger i året. Før pandemien kom de oftere, kanskje 3 til 4 ganger i året



#### 4.5.4.8 Informasjon

Noen av de erfaringene som kom frem i intervjuene i denne bydelen peker mot verdien av å samarbeide med frivillige organisasjoner når det gjelder utforming av informasjon til flerkulturelle. Ansvarspersoner i frivillige organisasjoner har gjerne språklig kompetanse og nettverk, og også legitimitet overfor mange miljøer gjennom de tilbud de tilbyr innen for eksempel språkopplæring. Fordi de ikke representerer en overmakt i samme grad som kommunale tjenesteytere gjerne vil gjøre overfor enkeltinnbyggere, kan de også henvende seg på en oppfordrende måte til innbyggere uten å miste legitimitet. Erfaringene fra intervjuene viser at en type «koblings-/relasjonsarbeidere» kan være en viktig kompetanse å ha. De bidrar til at nettverk bygges og/eller opprettholdes, og til at informasjon flyter. Slik er de også relevant for muligheten til å utføre lovpålagte helsemessige oppgaver. Vi ser også at for mange er telefonen en viktig type teknologi, og for enkelte eldre det eneste alternativet til personlig sosial kontakt.

### 4.5.5 PÅRØRENDES ERFARINGER

Vi samler her noen fortellinger fra pårørende til hjemmeboende personer med demens. Vi samler de i en felles bolk, fordi de formidler mange av de samme erfaringene.

#### 4.5.5.1 Behov for å være tett på/i nærheten – i møte med sosial distansering som strategi

Det er flere av de pårørende formidler (som i alle tilfeller er sønn eller datter av den demenssyke), er at de ser at deres mor/far mister grepet om hverdagen, avtaler og steder glemmes, og de får behov for noen i nærheten til å passe på og sørge for at hverdagen blir mest mulig helhetlig og meningsfull. Tjenesteapparatets respons på pandemien utløser tiltak som på mange måter står i en diametral motsetning til dette behovet for helhet og forutsigbarhet for personer med demenssykdom: Rutiner blir endret uten at man kan gi en forklaring som den demenssyke forstår. Mat blir levert på døren (for de som bor hjemme), eventuelle besøk fra hjemmetjenestene blir korte og uten at den ansatte har tid til å prate, det blir kanskje flytting til ny avdeling av smittevernhensyn og annet. Forklaringer som vanligvis kan gis ved å relatere til tilsvarende situasjoner som den demenssyke kanskje kjenner fra før – er vanskeligere å gi i denne situasjonen – som en av de pårørende vi intervjuet påpeker:

Det er ikke så lett å forklare en med demens hvorfor det er slik – det er så få situasjoner å sammenligne med

#### 4.5.5.2 Pårørende som stiller opp

Det flere av de pårørende har til felles, er at de forteller hvordan de har valgt å tilpasse hverdagen sin til sin demenssyke far eller mor, og i noen tilfeller ta permisjon fra jobben – for å unngå at deres mor/far skulle bli overlatt til seg selv i en vanskelig tid.

En pårørende forteller hvordan dagsenteret ble stengt, og også gruppeturene ble avlyst en periode, og der den demenssyke faren savnet disse turene og stadig etterlyste dem:

Men i høst og høsten har det vært turer. Far snakker om dette en uke i forveien, begynner de ikke å ringe snart fra «Loven».

Denne pårørende bor i en kommune/bydel hvor de har opprettet et eget demensteam i hjemmetjenesten. Han omtaler denne løsningen i positive ordelag, og forteller at det stort sett er de samme (faste) tjenesteyterne som kommer til faren. Han uttrykker også en generell forståelse for at det er vanskelige tider for tjenesteapparatet og at de ikke alltid klarer å holde ham oppdatert om besøkene til faren og farens situasjon:

Men de har kanskje ikke kapasitet, da måtte de kanskje ansatt en halv person til for å ringe rundt. Forventer ikke at de skal drive på med å ringe rundt og informere slik. For hun på dagsenteret har brukt å ringe til meg dersom det ikke er noen aktivitet den dagen. Og av og til treffer jeg de når de er hos far, og da får jeg vite litt om hva som skjer og når.

Samtidig er det grenser for hvor mye pårørende kan stille opp. Det kan skape slitasje på andre deler av familien dersom den ene i et par ofrer mye tid på sin demenssyke far eller mor og lar det prege hverdagen i stor grad. Som en av de pårørende uttaler:

Vi har jo vårt liv, og jeg kjenner på at det er litt slitasje. Når en har en mor som er syk og har behov for hjelp, så har man en ganske stor saldo for godhet. Men samtidig kan jeg ikke forvente at kona har samme saldoen. Det kan gå ut over privatlivet.

En av de pårørende forteller at dagsenteret i deres område faktisk har hatt et tilbud gjennom hele pandemien, og at det har hatt stor betydning. En periode med økende smitte valgte de likevel å holde moren hjemme en stund, fordi de hadde hjemmekontor og dermed mulighet for å skjerme moren ekstra fra å bli eksponert for smitte.

#### *4.5.5.3 Frivillige lag og foreninger*

Har ikke fått tilbud om støtte /tjenester fra frivillige. Av og til har disse hjelperne går en ekstra tur med far når det er stengt på dagsenteret på grunn av korona (eller reparasjon), og de har hatt kapasitet. Så har de gått en ekstra tur. Det har hendt tre ganger totalt.

En refleksjon som går ut over dette intervjuet, er at smitte og smittevern kan skape noen «umulige» situasjoner, i betydningen at det ikke fins klare løsninger som kommunen eller andre myndigheter kan servere. Det ender med at folk må klare seg selv som best de kan og håpe det beste. Folk prøver seg frem, ofte med halvløsninger. Som i dette tilfellet, der moren bor i førsteetasjen, men ikke klarer seg selv. De har prøvd med å sette en bærepose med mat utafør døra til moren.

Men det går jo ikke i lengden, sier informanten. Moren forstår ikke hvorfor, for henne er korona «nytt» hver dag.

# 5 OPPLEVD LIVSKVALITET OG HELSE FØR OG UNDER KORONAPANDEMIEN

## 5.1 INNLEDNING

I dette kapittelet bruker vi Folkehelseinstituttets koronaundersøkelser fra Agder og Nordland fylker for å kartlegge mulige virkninger av koronautbruddet for ensomhet, tilfredshet med livet, opplevelse av mening i det daglige, tillit, og subjektiv vurdering av egen helse. Vi ser her på endring eller stabilitet på individnivå like før koronaepidemien kom til landet og vel tre måneder ut i epidemien. Hvert tema blir også analysert etter sentralitetsgrad til kommunen hvor respondenten bor, og etter respondentens kjønn og aldersgruppe. *Sentralitetsgrad* er definert på grunnlag av Statistisk sentralbyrås (SSBs) sentralitetsindeks.<sup>3</sup> Sentralitetsindeksen er en kode med en verdi for hver kommune, som gir et mål for kommunens sentralitet. Beregningen av sentralitetsindeksen er basert på reisetid til arbeidsplasser og servicefunksjoner fra alle bebodde grunnkretser, og målet med indeksen er å beskrive og analysere regionale forhold. Indeksen består på det mest aggregerte nivået av seks sentralitetsklasser, der andel innbyggere i hver gruppe er et viktig kriterium for klassifiseringen. Måten indeksen regnes ut på, medfører at bykommuner som Bodø og Kristiansand havner i nivå 3. Agder og Nordland fylke har altså ingen kommuner i nivå 1 og nivå 2, slik at kun nivå 3 til nivå 6 vil være i bruk i våre analyser videre.

Nivå 1: Mest sentrale kommuner

Nivå 2: Nest-mest sentrale kommuner

Nivå 3: Mellomsentrale kommuner 1

Nivå 4: Mellomsentrale kommuner 2

Nivå 5: Nest-minst sentrale kommuner

Nivå 6: Minst sentrale kommuner

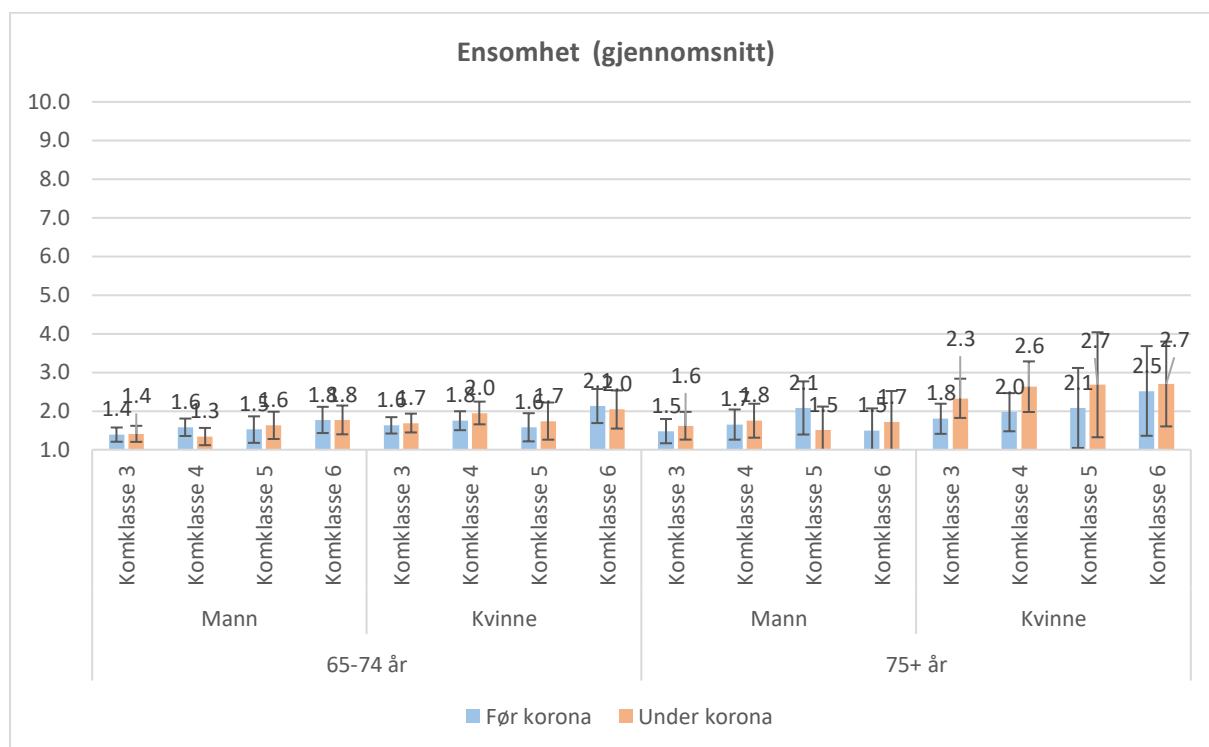
## 5.2 ENSOMHET

Vi starter med et spørsmål som måler grad av ensomhet og som ble formulert på følgende måte: «Tenk på hvordan du har følt deg de siste 7 dagene. I hvilken grad var du ...?» Respondentene ble presentert for ulike typer følelser, blant annet «ensom», og bedt om å svare på en svarskala fra 0 til 10, der 0 betyr «ikke opplevde følelsen i det hele tatt» og 10 betyr «opplevde følelsen i svært stor grad».

---

<sup>3</sup><https://www.ssb.no/befolkning/artikler-og-publikasjoner/attachment/330194?ts=15fdd63c098>  
<https://www.ssb.no/befolkning/artikler-og-publikasjoner/sentralitetsindeksen.oppdatering-med-2020-kommuner>. Til forskjell fra den tidligere indeksen for sentralitet, beregnes ikke den nye indeksen med utgangspunkt i antall innbyggere i det dominerende tettstedet. Med den nye metoden måles i alle retninger, uavhengig av tettsteds- og kommunegrenser, slik at arbeidsplasser og servicefunksjoner rundt en by også har betydning for byens sentralitet.

Figur 21 presenterer grad av opplevd ensomhetsfølelse etter aldersgruppe, kjønn og sentralitetsgrad. Vi ser en viss tendens til at kvinner i den eldste aldersgruppen rapporterer om både et høyere nivå på ensomhet og en viss grad av økning i opplevd ensomhet etter at koronapandemien kom. Vi ser ikke en lignende tendens blant menn. Det er ikke mulig å observere noen store forskjeller etter kommunenes sentralitetsgrad, muligens med unntak av kvinner, der vi ser en økning av ensomhet i takt med at vi ser på mindre sentrale kommuner. I denne gruppen er det også en tendens til at graden av ensomhet kan ha økt etter at koronapandemien kom.

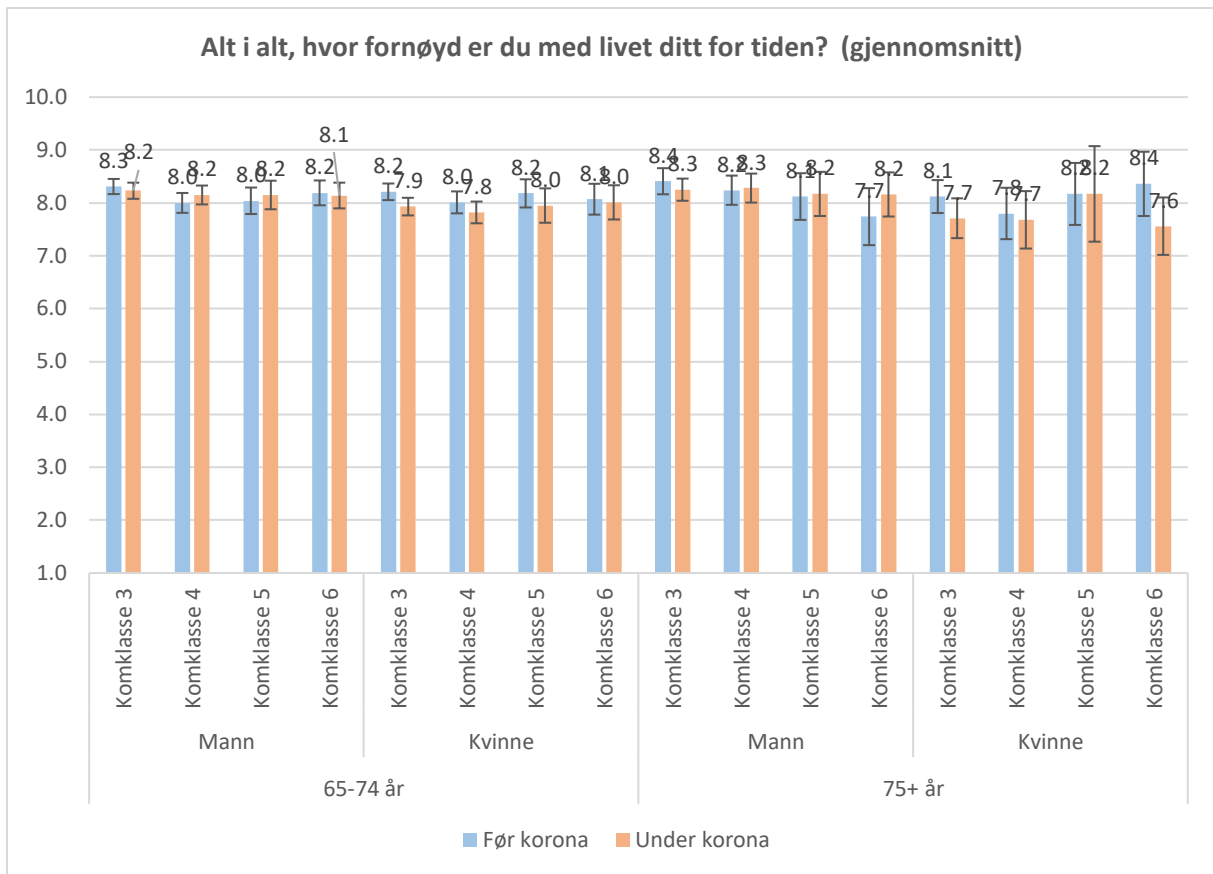


Figur 21 Opplevd ensomhet etter aldersgruppe, kjønn og sentralitetsgrad

### 5.3 OPPLEVD LIVSKVALITET

Neste spørsmål kartlegger grad av rapportert tilfredshet med livet. Spørsmålsformuleringen var: «Alt i alt, hvor fornøyd er du med livet ditt for tiden?». Også her gikk svarskalaen fra 0 til 10, der 0 betyr «ikke fornøyd i det hele tatt» og 10 betyr «svært fornøyd».

Det er ingen entydige tendenser til at fornøydhet med livet var lavere i juni 2020 enn tilfellet var et halvt år tidligere. Et lite unntak synes å være kvinner, der det er en svak tendens til reduksjon i andelen som er fornøyd med livet under korona.

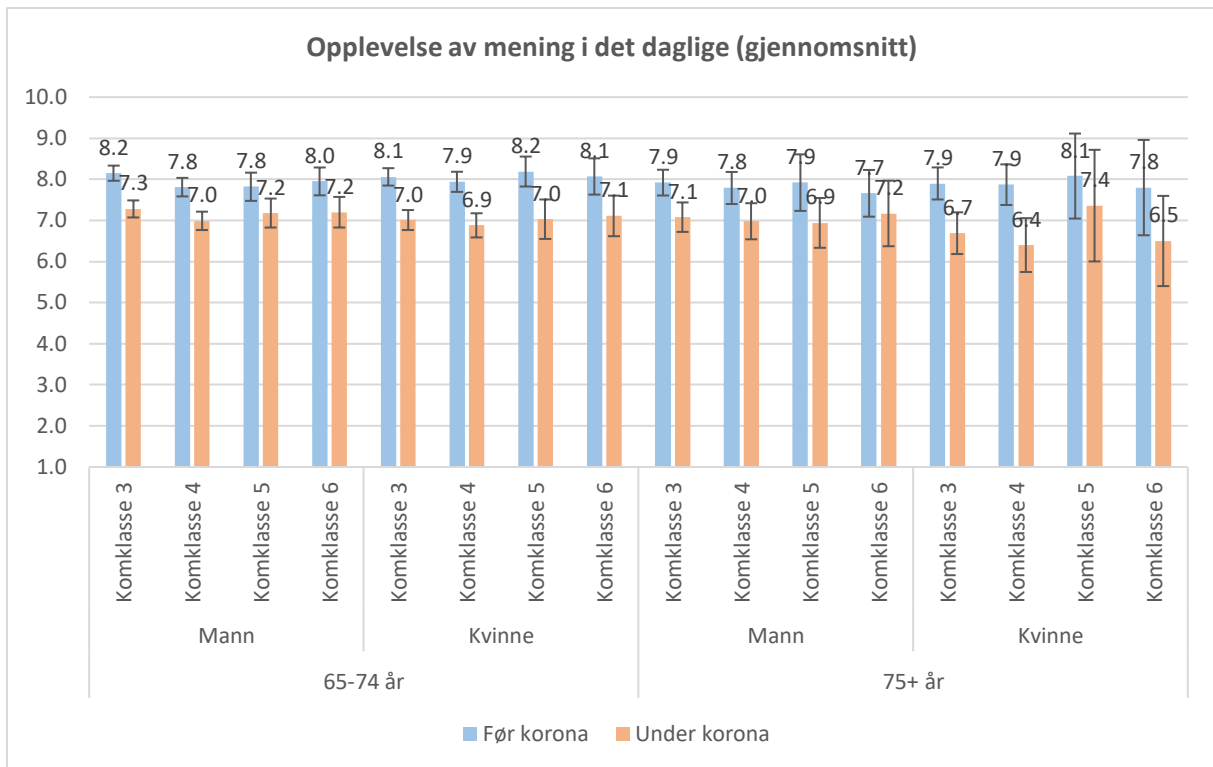


Figur 22 Tilfredshet med livet etter aldersgruppe, kjønn og sentralitetsgrad

## 5.4 MENINGEN I DET DAGLIGE

Vi skal nå se på et spørsmål som kartlegger i hvilken grad respondentene opplever at det de gjør i livet, er meningsfylt. Spørsmålsformuleringen var: Alt i alt, i hvilken grad opplever du at det du gjør i livet er meningsfylt, og svarskalaen varierte fra 0 «ikke meningsfylt i det hele tatt», til 10 «svært meningsfylt».

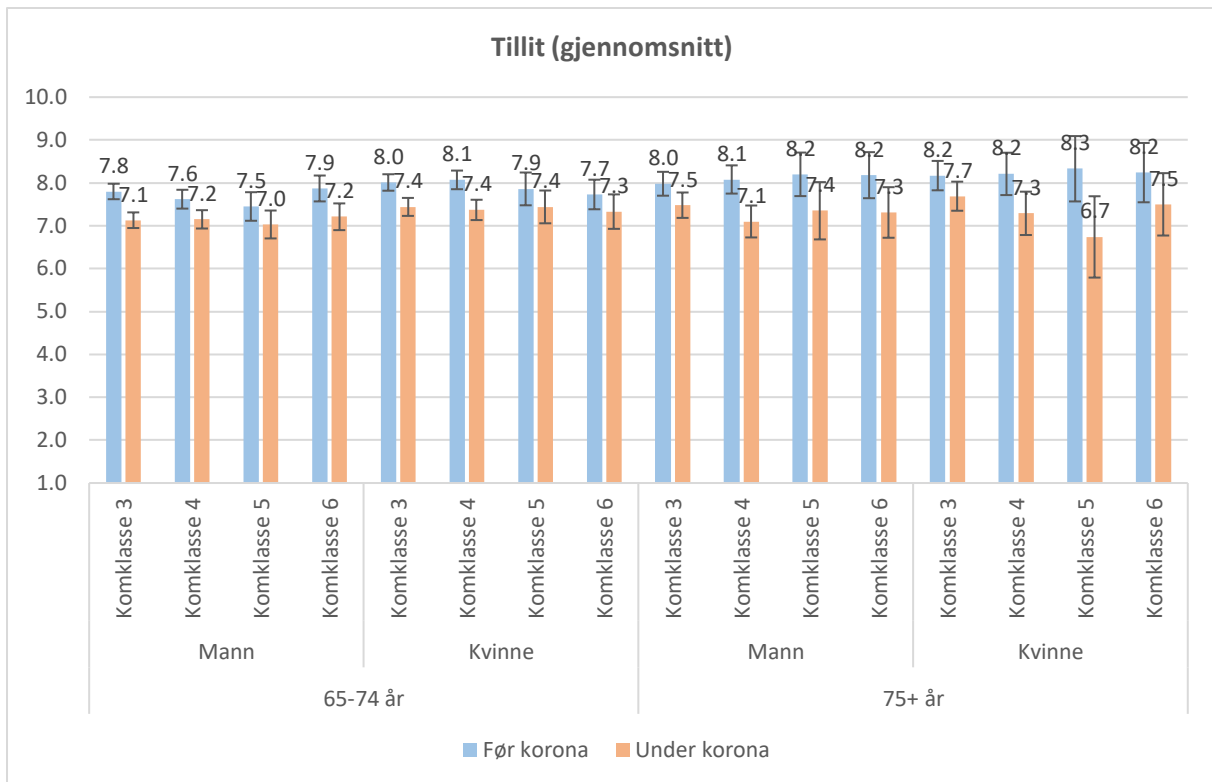
Det er interessant å observere at rapportert opplevelse av å gjøre noe meningsfylt i livet, har gått ned i begge aldersgrupper og for begge kjønn. Mønsteret ser ikke ut til å være påvirket av kommunetype/sentralitet.



Figur 23 Opplevd mening i det daglige etter aldersgruppe, kjønn og sentralitetsgrad

## 5.5 TILLIT

Spørsmålet som måler grad av tillit var formulert slik: «Vil du stort sett si at folk flest er til å stole på, eller at en ikke kan være for forsiktig når en har med andre å gjøre?». Svorskalaen gikk fra 0 «at en ikke kan være for forsiktig» til 10, som betyr at «folk flest er til å stole på». Vi observerer at det har vært en markant nedgang i tillit mellom de to måletidspunktene, blant kvinner og menn i begge aldersgrupper, og i alle sentralitetsgrupper.

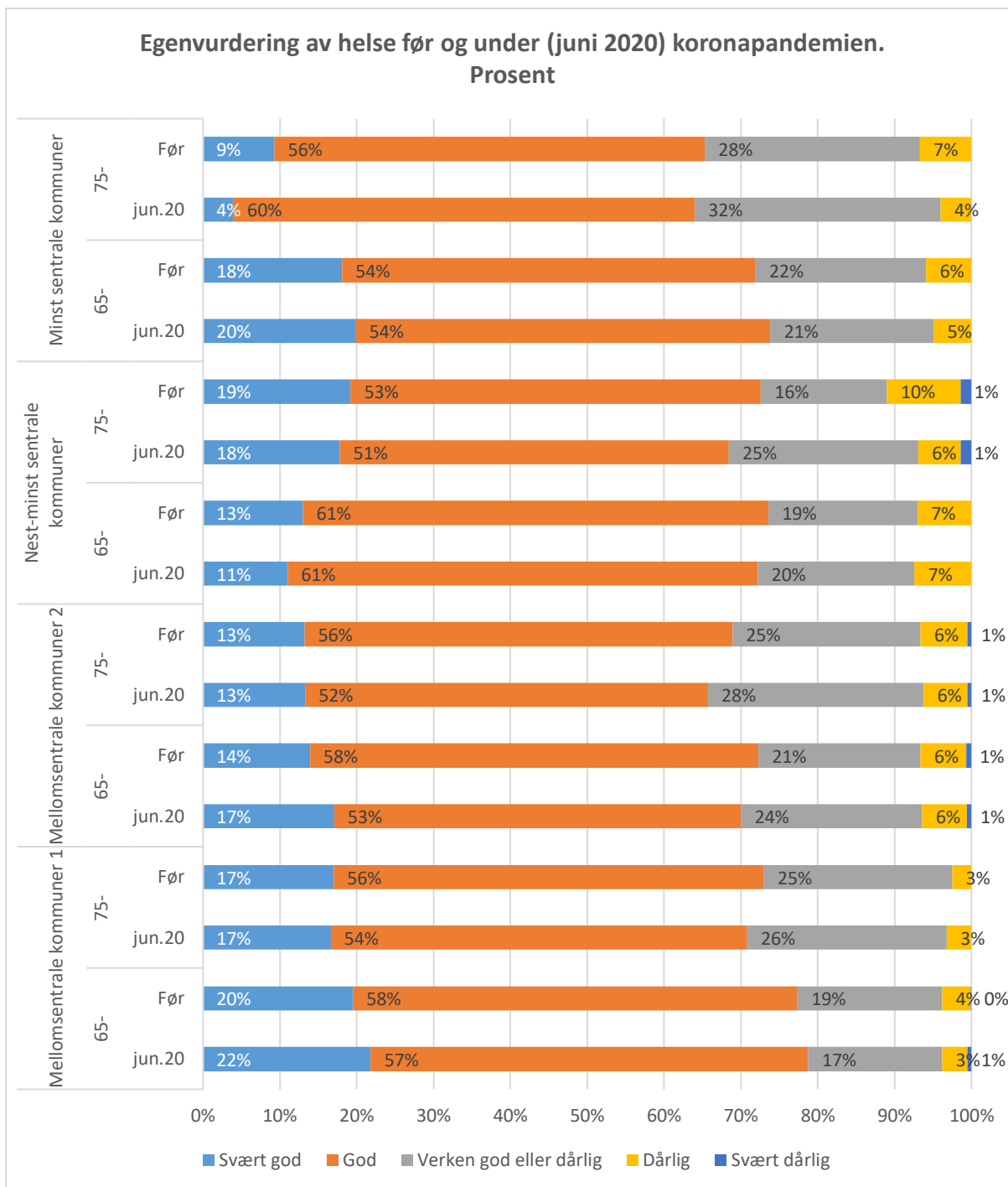


Figur 24 Tillit etter aldersgruppe, kjønn og sentralitetsgrad

## 5.6 EGENVURDERT HELSETILSTAND

Avslutningsvis skal vi se på hvordan utvalget har svart på et spørsmål om subjektiv vurdering av egen helse. Spørsmålet var formulert på følgende måte: «Hvordan vurderer du alt i alt din egen helse?». Respondentene ble bedt om å ta stilling til spørsmålet langs en femdelt svarskala, som varierte fra «Svært dårlig» til «Svært god».

Dersom vi ser på andelen som har svart at helsen er dårlig eller svært dårlig, er denne lik eller noe større før koronapandemien startet enn den var i juni 2020. De forskjellene vi ser, er imidlertid ikke statistisk signifikante. I den andre enden av skalaen, hvor vi har andelen som vurderer egen helse som god eller svært god, finner vi også små eller ingen forskjeller. Det er altså lite i dette datamaterialet som tyder på at den subjektivt opplevde helsetilstanden var forverret i juni 2020, sammenliknet med månedene før koronapandemien traff Norge. I den grad pandemien hadde en innvirkning på egenvurdert helsetilstand, har den ikke gitt målbare utslag på en indikator som dette.



Figur 25 Egenvurdert helse etter aldersgruppe og sentralitetsgrad (Kilde FHI's folkehelseundersøkelser)



## 6 OPPSUMMERING, DISKUSJON OG AVSLUTTENDE KOMMENTARER

I dette avsluttende kapittelet skal vi innledningsvis oppsummere resultater som har kommet frem basert på de fire delundersøkelsene i prosjektet. Deretter løfter vi frem de viktigste funnene og diskuterer hva de kan innebære for vår forståelse av og tiltak for aldring og et aldersvennlig samfunn, i en tid med koronapandemi.

### 6.1 HOVEDFUNN

#### 6.1.1 KOMMUNALE VERKTØY OG STRATEGIER

*Jeg er virkelig imponert over mine medarbeidere som har klart å snu seg rundt og håndtere ny kunnskap og nye rutiner hele tiden. Vi har vært nødt til å tenke nytt og alternativt hver eneste dag. Vi har fått prøvd oss på digitale plattformer tidligere enn vi trodde. Vi har hatt gudstjenester og 17. maitaler streamet live på TV-skjermer i stuen. Vi har hatt møter på TEAMS, og «skypet» med pårørende. Vi har trent på smittevern, tatt e-læringskurs i håndhygiene, og trent på å ta av og på utstyr. (...) Vi har lært at vi klarer å skape gyldne øyeblikk for våre beboere selv om vi ikke kan ha store fester og samlinger. Vi har blitt flink til å finne små rom i hverdagen, til sang og musikk, spill, trim og baking. (Deltaker i Survey 2)*

Et overordnet bilde fra surveyen som ble gjennomført blant ledere for hjemmebaserte tjenester i oktober 2021, er at det under koronapandemien har vært en kraftig reduksjon i dagtilbud til hjemmeboende eldre. Relativt mange kommuner har klart å holde tilbudet åpent under deler av pandemien, mens omtrent en av ti ledere oppga at tilbud har vært stengt gjennom hele perioden – uavhengig av kommunestørrelse. Det mest vanlige begrensende tiltaket i perioder når tilbudet har vært åpent, har vært å redusere antallet samtidige brukere. I perioder hvor dagsentre var stengt, brukte et par av caseområdene personell ved dagsentrene, eller i andre stillinger, til å følge opp enkelte eldre hjemmeboende med en-til-en-kontakt. I de samme caseområdene ble det også tilbudt alternative aktiviteter til enkelte beboere i omsorgsboliger som hadde mistet sitt ordinære tilbud.

Tilbud om bistand i eget hjem ble også innskrenket, særlig i den første fasen. Av casestudien går det frem at ledere for hjemmebaserte tjenester gikk nøye gjennom hva som er nødvendig helsehjelp og la ned et betydelig arbeid for å sortere ut hvilke oppgaver som kunne nedprioriteres og til hvilke brukere. Det ble også skilt ut hvilke brukere som falt inn under betegnelsen «høyrisiko». Ett av caseområdene etablerte også tidlig en «trafikklysmoell» for å skille mellom mer og mindre viktig. Endring i tilbud til brukere ble imidlertid vurdert etter det som lederne mente var faglig forsvarlig, og i samråd med lokalt smittevernpersonell, fastleger og kommunalleder for seksjonen. I ett av caseområdene kan det se ut til at hjemmebaserte tjenester ikke har «rukket like godt ut» til alle deler av befolkningen, og dette gjelder kanskje særlig befolkningen med innvandrerbakgrunn.

Smittevernregimer ble praktisert litt ulikt i caseområdene. Mens hjemmebaserte tjenester i enkelte av områdene var tilbakeholdne med bruk av for eksempel munnbind, i tråd med det de hadde fått anbefalt av helsemyndigheter nasjonalt, brukte andre smittevernutstyr fra starten av særlig til

utsatte brukere, noe som enkelte brukere ga uttrykk for at de syns var skremmende. Flere brukere hadde samtidig uttrykt skepsis til å få ansatte fra hjemmebaserte tjenester på besøk fordi de var redd for å bli smittet, og hadde takket nei til tilbud i eget hjem. Blant lederne som deltok i surveyen fra høsten 2021, hadde de aller fleste erfart dette, men i varierende grad. Det er altså verdt å merke seg at også i kommuner hvor det har vært knapt en håndfull registrerte smittede siden pandemien startet, har nasjonale tiltak vært fulgt lojalt.

En annen endring i hjemmebaserte tjenester, gikk ut på å organisere virksomheten slik at det har blitt færre tjenesteytere per bruker. Seks av ti ledere oppga dette som svar på spørsmål i spørreskjemaet. Samtidig svarer en like stor andel at det har blitt økt vikarbruk, i stor eller noen grad under pandemien.

Svar på spørsmålet om koronakrisen har stimulert til eller tvunget frem **nye former for samarbeid**, og hvilke aktører dette eventuelt omfatter, varierer. Nye former for samarbeid gjelder først og fremst internt i tjenesten, mellom ledere og ansatte. Fire av ti ledere som deltok i surveyen, oppga dessuten endringer i samarbeid mellom tjenesteytere og pårørende/familie til brukere, som oftest i form av hyppigere kontakt. Nye former for samarbeid mellom hjemmebaserte tjenester og frivillige organisasjoner ble oppgitt av vel tre av ti ledere, mens nye former for samarbeid mellom tjenesteytere og private aktører bare gjaldt for en av ti. I casestudien kommer det frem at samarbeidet på tvers av enheter og forvaltningsnivåer i egen kommune hadde blitt både bedre og forekom hyppigere. Kommunikasjonslinjene var også blitt «kortere». Ledere hadde dessuten blitt mer sammenspleiset og mer koordinert.

Når det gjelder bruk av **digitale kommunikasjonsløsninger**, ser bruk av online/digital kontakt ut til å ha økt i løpet av pandemien. Endringer har imidlertid i størst grad skjedd i samhandlingen mellom ledere og tjenesteytere. Det har også blitt noe økt bruk av online/digital kontakt med pårørende til brukere, mens bruk av digital kontakt mellom tjenesteytere og brukere av hjemmebaserte tjenester har vokst minst. Lederes tilbakemeldinger tyder videre på at mange hjemmeboende eldre ønsker å bruke tradisjonell telefon framfor digitale verktøy eller flater til kommunikasjon. Ledere som ble intervjuet, bemerket at som oftest fungerer ikke digitale løsninger som erstatning for direktekontakt med brukere, slik som mange argumenterer for, fordi brukere vanligvis har behov for tjenester som krever møter en-til-en. Ledere som deltok i surveyen, oppga at de også har tatt i bruk nye former for velferdsteknologi. Dette gjelder imidlertid i mindre grad i de minste kommunene (< 2500 innbyggere) enn i de større.

Av surveydeltakernes rapporteringer av ulike utfordringer i hjemmebaserte tjenester, går det frem at ensomhet blant brukere som følge av koronapandemien og besøksrestriksjoner, er en av de største utfordringene. Ledere i begge surveyene oppgir også at deres enhet i løpet av pandemien hadde blitt dårligere rustet til å fremme et aktivt og sosialt liv blant eldre, og samtidig blitt dårligere rustet innenfor dette området enn i å fremme Eldres psykiske og fysiske helse. Her kom det imidlertid også frem forskjeller etter kommunestørrelse, hvor kommuner med 10 000 innbyggere eller mer vurderer sin tjeneste dårligere rustet enn det mindre kommuner gjør, noe som særlig gjelder det å fremme et sosialt liv blant eldre. I ett av caseområdene hadde kommunen tilbud om Spisevenn. Dette ble ikke stengt under pandemien for dem som allerede hadde mottatt tilbudet, men tilbudet endret karakter fra å handle om å spise et måltid sammen til å gå tur eller gjøre andre aktiviteter utenom hjemmet til

mottakeren. Kommunen erfarte imidlertid at det var flere frivillige som ønsker å være Spisevenn enn det er eldre som ønsker å ta imot tilbudet. En av informantene kommenterte at dette kanskje handlet om at eldre som gir uttrykk for skepsis over for et slikt tilbud, ønsker å skjule at de føler seg ensom.

Caseområdenes smittevernplaner var i varierende grad tilpasset en pandemisituasjon. I to av områdene ble det umiddelbart satt i gang opplæring (digitalt/elektronisk) i smittevernhåndtering særlig for ufaglærte og helgevikarer. Informasjonen særlig fra sentrale myndigheter ble imidlertid beskrevet som noe frustrerende og som til dels motstridende, om enn ikke i hele perioden. Til tider var informasjonsmengden så stor og budskapene så skiftende, at det var komplisert å holde oversikt.

Ledere som deltok i surveyen fra høsten 2020, pekte på en evne til mobilisering blant sine ansatte, i alle fall i pandemiens første faser (jfr. sitat under pkt. 6.1). Uformell omsorg ser imidlertid ut til å ha erstattet formell omsorg i et visst omfang ifølge nær halvparten av lederne som deltok i surveyen høsten 2021.

### **6.1.2 ANDRE AKTØRERS BIDRAG OG ERFARINGER**

Vel halvparten av lederne som deltok i surveyen høsten 2021, oppga at andre aktører enn kommunen tilbyr dagaktiviteter til eldre. I hovedsak gjaldt dette frivillige aktører. Private aktører var lite involvert. Som eksempler på aktører, nevnes frivillighetssentral, nærmiljøsentral, trivselssenter, pensjonistlag, Den norske turistforening og Frelsesarmeen. Det ser imidlertid ut til at utvikling av nye tilbud for eldre hjemmeboende, i frivillig regi, har vært begrenset. I og for seg er kanskje ikke dette uventet, men det bekrefter samtidig et bilde av at sivilsamfunn i liten grad fanger opp udekkede behov som har oppstått når det offentlige og formell omsorg får sin kapasitet svekket. Frivillige har imidlertid stilt opp i forbindelse med innkjøp av dagligvarer til hjemmeboende eldre, og private aktører har levert varer i visse perioder.

I caseområdene varierte tilbud og aktiviteter fra frivillige organisasjoner under pandemien, men det meste var stengt i alle fall i visse perioder. I ett av de minste områdene, hvor frivillige tilbud stengte i mars 2020, tok rådmannen raskt initiativ til et samarbeid med frivillighetssentralen. De ble enig om å bruke frivillig.no som verktøy for å koble frivillige med mulige tjenestemottakere, der mange meldte behov om hjelp til å gjøre innkjøp. De som ble koblet sammen gjennom denne tjenesten, har holdt kontakt i ettertid, også over telefon. Et forsøk på å få opp en ordning med *telefonvenn* ble derimot ingen stor suksess. I dette caseområdet kommer det frem at mange frivillige er eldre mennesker som selv er i risikogruppen for å bli syk av koronaviruset. En annen interessant erfaring fra dette området, er involveringen av innvandrere som har meldt seg som interessert i å være frivillig. Potensialet blant frivillige synes altså å være stort i kommunen, men en utfordring er å få noen til å ta på seg lederansvar som frivillig.

Intervjuene i det andre av de to minste caseområdene, ga inntrykk av at frivillig sektor og privat næringsliv ikke har spilt noen særlig stor rolle for hjemmeboende eldre under pandemien. De hadde ikke løst flere oppgaver eller bistått med andre tjenester enn vanlig. Et unntak var hjemlevering av matvarer fra en lokal dagligvarebutikk i en periode. Frivillighetssentralen hadde vært stengt i lengre perioder, da hadde aktivtører tilbudt en-til-en-kontakt til hjemmeboende eldre som hadde ekstra behov for oppfølging. Pensjonistforeningen, som organiserer omkring en tredjedel av pensjonistene i

kommunen, har vært aktiv og engasjert seg i vaksinespørsmålet lokalt. De har dels fungert som en brobygger og «oversetter» mellom lokale myndigheter og befolkning, der de har fortolket informasjon slik at den kunne bli forståelig (og kanskje spiselig) for innbyggerne i en situasjon hvor det har vært viktig med god dialog og tillit.

I ett av de største caseområdene hadde ordningen med Besøksvenn lange tradisjoner, og var mye brukt. Dette tilbudet hadde vært kraftig redusert i et års tid da intervjuet ble gjennomført, og samtidig stengt for nye relasjoner. De som hadde etablert kontakt, kunne opprettholde relasjonen og motta besøk som vanlig. Mange av besøksvennene var imidlertid studenter som hadde reist fra kommunen da studiestedet ble stengt. De kunne dermed ikke opprettholde kontakten med sin vert. Kommunens Eldreråd hadde engasjert seg sterkt i saker hvor koronarestriksjoner rammet eldre, og særlig beboere i institusjon som ikke fikk ta imot besøk av nærstående. Eldrerådet hadde bedt kommunen om å gjøre umiddelbare endringer i sitt vedtak.

Den andre bydelens kontaktflate mot frivilligheten ivaretas blant annet av en svært erfaren frivillighetskoordinator, som har gjort seg noen viktige lærdommer. I intervjuet ble det formidlet at det er viktig å se på sosiale relasjoner og sosialt nettverk som forebygging og/eller som opprustning av en viktig beredskap eller kapital, som man kan høste av i krisetid. For eksempel fungerte ikke kobling av «telefonvenner» godt dersom det ikke allerede var etablert en relasjon mellom de som skulle kobles, noe som også ble rapportert i de andre caseområdene. Frivillighetskoordinator hadde også erfart det som svært verdifullt å ha en nær relasjon med frivillige lag og foreninger og private, som hadde blitt opparbeidet over tid og med hyppig frekventering. Gjennom intervjuene med leder av en frivillig organisasjon får vi illustrert hvor viktig frivilligheten kan være som «brohode» inn til innbyggere som ellers kan være vanskelig å ha kontakt med for tjenesteytere i den kommunale organisasjonen. Frivillige organisasjoner drives etter andre prinsipper og ledere ansettes med utgangspunkt i andre kvalifikasjoner. De kan kommunisere med innbyggere på andre måter, og nå ut med andre budskap gjennom andre kanaler, enn en ansatt i en kommunal organisasjon, som har taushetsplikt, og må forholde seg til likebehandling, nøytralitet, avgrenset saksområde, og effektiv tidsbruk som viktige prinsipper for sin aktivitet.

### 6.1.3 INNBYGGERES ERFARINGER

Når de kommunale lederne i surveyen blir bedt om å nevne negative erfaringer fra perioden med koronapandemi, trekkes flere forhold frem. Det som dominerer i beskrivelsene, er ensomhet, sosial isolasjon og smittefrykt. Dette pekes på som et problem særlig blant hjemmeboende eldre som ikke har egen familie eller andre nærstående som de kan få besøk og hjelp av. Dette kommer også frem i intervjuene med innbyggere i de fire caseområdene.

Caseområdene varierer i størrelse og i geografisk lokalisering, og har hatt svært ulike erfaringer med koronapandemien så langt. Både caseområde 1 og caseområde 2 er relativt små kommuner preget av primærnæringer, store geografiske avstander og et svakt utbygd tilbud av kollektivtransport. Den ene kommunen fikk tidlig noen tilfeller med smitte, mens den andre har hatt svært få tilfeller. De to store kommunene, caseområde 3 og 4, har begge hatt betydelig grad av smitte.

Innbyggere som ble intervjuet i **caseområde 1**, forteller om økt grad av ensomhet etter at koronapandemien startet. Dette gjaldt særlig for en person med demenssykdom, og for andre

hjemmeboende omsorgsmottakere. Fortellinger til innbyggerne ellers var preget av at det er store geografiske avstander i området, med mye plass og natur, både på og mellom eiendommene til folk. Flere av informantene kommenterer dette som positivt - det gir mulighet til å opprettholde fysisk aktivitetsnivå i tillegg til at naturen er et sted hvor folk ikke trenger å være bekymret for å bli smittet. Innbyggerne som er intervjuet i dette caseområdet, fremhever også naboskapet som en ressurs i en pandemisituasjon, der de gjør tjenester for hverandre. Geografisk avstand gjør også sitt til at privatbilen blir sentral i fortellingene deres.

Fortellinger til innbyggere i **caseområde 2**, bærer preg av et hverdagsliv påvirket av nasjonale og lokale tiltak og smittevernsrestriksjoner, men likevel uten det alvorret som reell, nærværende, smitte gir. De fleste ga uttrykk for at smitte ikke har vært av stor betydning, men at smitteverntiltakene har vært det på ulike måter. En interessant observasjon er hvordan informantene i denne kommunen uttrykker lojalitet til det nasjonale regelverket og et ønske om å overholde dette selv om kommunen har vært så å si helt smittefri. Samtidig kommer det frem eksempler på at de eldre har sett det nødvendig å «bruke fornuft» og å gjøre noe «ulovlig», slik at reglene ikke skulle ha unødig og urimelig innvirkning på dagliglivet. Informantenes fortellinger tyder også på at kontekstuelle forhold med store avstander og mye natur for enkelte har betydd at både pandemi og ansiktsmasker er noe man bare har «hørt om».

Beskrivelser i intervjuene i **caseområde 3** tyder på at pandemien har hatt svært variabel innvirkning på hverdagslivet til informantene. Noen tok opp endringer i egen livsstil som følge av pandemien. Noen hadde gått mer på tur enn de ellers har gjort, mens andre har spist mer, av «mangel på noe annet å gjøre», og/eller drukket mer alkohol, og hadde med det økt i vekt og forsterket et eksisterende problem. Det ble en vond sirkel som det ble vanskelig å komme seg ut av. Fortellinger fra hverdagen tyder imidlertid på at det sosiale livet har vært mer påvirket enn daglige rutiner, selv om disse to aspektene langt på vei henger sammen. De som var mest aktive i forkant, erfarte mer omfattende endringer enn andre. Likevel tyder beskrivelsene på at konsekvenser for enkeltpersoner var størst for dem som i utgangspunktet hadde et begrenset sosialt liv. Alle informantene hadde snevret inn sitt sosiale liv av flere og av ulike grunner. Noen var først og fremst opptatt av å følge offisielle regler, mens andre var redd for selv å bli smittet, særlig om de hadde en alvorlig underliggende sykdom. For en av informantene uten nær familie i området, fungerte besøk fra hjemmebaserte tjenester fire ganger per dag som delvis erstatning for sosialt samvær med venner under pandemien. Andre med lite familiekontakt, beskrev erfaringer med ensomhet i en lang periode med streng begrensning på antall besøkende i private hjem hvor vennegrupper prioriterte sine aller nærmeste i sosiale sammenkomster. Flere hadde imidlertid erfart omfattende kontakt med og støtte fra naboer som var i samme situasjon som dem selv. Informantene i caseområdet støttet i hovedsak opp om de strenge tiltakene som ble satt i verk for å hindre smittespredning. Intervjuene ble gjennomført våren 2021, mens vaksineringsprogrammet fortsatt var i en tidlig fase. Smitteverntiltak var derfor fortsatt strenge med påbud om å holde avstand, og å bruke munnbind på offentlig sted og på kollektivtransport. Flere av informantene ga uttrykk for en viss bekymring for at avstandsregler skulle ende opp som normaltilstand, i betydningen av at folk ville fortsette med dette etter at pandemien var over, både offentlig og privat. Et stort problem for informanter som mottok hjemmebaserte tjenester, var imidlertid mangel på mulighet for fysisk opptrening. Noen av dem beskrev dette som den største negative konsekvensen av pandemien, fordi dette bidro til at deres fysiske funksjonsnivå ble svært svekket.

Intervjuene med hjemmeboende eldre i bydelen i **caseområde 4**, dekker over et stort spenn av situasjoner og erfaringer, fra personer som har bodd i Norge i hele sitt liv, har norske foreldre og er godt integrert i samfunnet med en lang yrkeskarriere bak seg, til førstegenerasjonsinnvandrere som kan ha bodd i Norge lenge, har svekket helsetilstand og et tydelig behov for hjemmebaserte tjenester, men likevel har vansker med å forstå (og formidle) hvilke plikter og rettigheter de har i en situasjon som koronapandemien skaper. Flere av disse informantenes beskrivelser tar utgangspunkt i boligen (ofte en leilighet), og dreier seg dels om hvilke muligheter som eksisterer for å bevege seg mellom boligen og andre steder (ofte butikken). Tetthet mellom mennesker og lite fysisk avstand preger beskrivelsene. Intervjuer fra dette caseområdet tydeliggjør også hvordan behov for og mottak av hjemmebaserte tjenester er noe som også dreier seg om kjønnsroller. Sett fra (den norske) hjemmebaserte tjenestens ståsted, er det rimelig å forvente at den ti år eldre ektemannen til en ufør kvinne bør kunne overta nødvendige praktiske gjøremål som kvinnen på grunn av svekket helsetilstand er forhindret fra å utføre. Sett fra ekteparets ståsted, er det imidlertid en fremmed tanke at mannen skal overta kvinnens gjøremål i hjemmet, eller hjelpe henne med personlig stell. Når koronapandemien i tillegg gjør at kvinnen har få alternative sosiale arenaer å oppsøke, blir situasjonen vanskelig.

## 6.2 PANDEMIENS «GEOGRAFI»

Vi har ovenfor beskrevet hvordan kommunale hjemmebaserte tjenester, frivillige aktører og hjemmeboende eldre selv har erfart hverdagsliv og laget rammer for hverdagsliv for dem som har behov for assistanse fra andre gjennom det første halvannet året med koronapandemi. Vi har fått frem betydelig bredde i erfaringer som gir grunnlag for å forstå hvordan ulike aktører har møtt og søkt å håndtere utfordringer som har fulgt med pandemien, enten de har hatt smittede i nærheten, eller de har vært forskånet for smitte og «bare» har hatt smitteverntiltakene å hankes med. Vi har også vært opptatt av å fange mulige lærdommer som det kan bygges på videre, og som blir særlig verdifulle når konturene av et lengre tidsperspektiv for koronapandemien trer frem.

Kunnskapen som vi har fått frem, reflekterer blant annet ulike sider ved koronapandemiens *geografiske dimensjon*. Pandemien har en geografisk utbredelse og er i ulik grad til stede i ulike geografiske områder. Pandemien er til stede konkret gjennom smitte og smitterisiko, og gjennom frykt for smitte, og den er til stede gjennom smitteverntiltak. Smitten har en tendens til å være hyppigere der mange folk er samlet, fordi smitten overføres gjennom fysisk nærkontakt mellom mennesker. Det som kjennetegner mange av de fysiske og sosiale behovene som oppstår når man blir eldre, er at dekning av behov ofte involverer nærkontakt med andre mennesker. Videre er smitteverntiltakene strengere der hvor det er mye smitte, og de har lengre varighet, slik vi har sett eksempler på i flere byer og bydeler. Samtidig er det slik at smitteverntiltak er iverksatt dels uavhengig av hvor smitten befinner seg geografisk. Nasjonale tiltak har vært gjeldende også for kommuner som ikke har hatt smitte. Dette har påvirket mange eldres situasjon gjennom tilbud i sykehus, i kommunale institusjoner, i hjemmebaserte tjenester, og i regi av frivillige lag og foreninger. Mange av smitteverntiltakene har vært de samme i småkommuner i Finnmark som i tett befolkede byområder. Smitten og smitteverntiltakene har betydning for blant annet ensomhet og livskvalitet i befolkningen. FHIs undersøkelser tyder på at regionale variasjoner i smitte og smitteverntiltak til dels er årsak til regionale variasjoner i ensomhet og livskvalitet (Bang Nes m.fl. 2020). Vi har imidlertid ikke klart å spore systematiske forskjeller mellom innbyggere i områder med

ulik sentralitetsgrad i våre egne analyser. Det skyldes nok dels metodiske forhold, ved at utvalgene blir veldig små når de brytes ned på små undergrupper etter kjønn, alder og kommunetype, og resultatene blir usignifikante og preget av statistiske tilfeldigheter.

Tiltakene skaper i seg selv risiko for ensomhet og lavere livskvalitet og det har utvilsomt vært en krevende balansegang for politiske og faglige myndigheter å skulle finne de riktige avveiningene. Et interessant tema som har blitt synlig flere ganger gjennom vår undersøkelse, er hvilken betydning tillit har for måten fellesskapet håndterer pandemien på. De vi har intervjuet blant eldre hjemmeboende, pårørende til personer med demenssykdom og representanter for frivillige lag og organisasjoner, har jevnt over gitt uttrykk for stor grad av tillit til at myndighetene har gjort sitt beste for å treffe de riktige beslutningene. Det er likevel lite tvil om at tiltakene i seg selv har ført til økt ensomhet og redusert livskvalitet, og i en viss grad også mistillit mellom innbyggere, slik vi skal komme tilbake til.

### **6.2.1 TILTAKENES SELVSTENDIGE VIRKNING**

En erfaring er at smitteverntiltakene i seg selv i stor grad påvirker folks hverdagsliv og folks omgang med hverandre på godt og vondt, selv om det kanskje ikke er smitte i lokalsamfunnet. Dette blir særlig synlig i den ene kommunen som har hatt svært lite smitte, og som er lokalisert i en region som har hatt lite smitte. Innbyggerne som vi har intervjuet, viser imidlertid stor forståelse for de lokale myndighetenes arbeid med å håndtere pandemien, og også en tålmodighet dersom det skjer feil eller uheldige beslutninger tas fra kommunens side eller beslutninger trekker ut. Smitteverntiltakene har altså en samtidig dobbelthet. På den ene siden står man overfor en ytre trussel, som må håndteres som felles prosjekt, og dermed skaper en ramme av felleskap. På den andre siden skaper smitteverntiltakene usikkerhet, som utfordrer tilliten til andre.

### **6.2.2 ULIKE ROMLIGE FORUTSETNINGER**

I de to bydelene (som ligger i to ulike deler av landet) preges beskrivelsene fra hjemmeboende eldre på ulike måter av at det er færre steder utenom boligen og mindre fysisk rom man kan oppholde seg i uten at man opplever smittefare. Når dagtilbud og andre fellesarenaer stenges ned, er det færre alternativer til egen bolig. Det å komme seg andre steder med kollektivtrafikk er heller ikke enkelt på grunn av avstandsregler. Dessuten disponerer ikke alle egen bil eller kan kjøre bil.

Dette skiller seg fra funn i de to andre caseområdene, hvor tilgang til hage, landbrukseiendom, eller andre nærliggende naturområder medfører helt andre romlige forutsetninger. I tillegg til lav befolkningstetthet, har det vært mulig for mange å opprettholde eller øke en del aktiviteter, eller ta opp nye typer aktiviteter ved å bruke naturen. Ferdsl i naturen, med mulighet for å holde god avstand, har gjort det mulig for noen å ta del i felles aktiviteter med andre. I disse casekommunene er kollektivtransport lite utbygd, slik at man her i stor grad benytter egen bil, eller bestillings-/servicetransport, noe som også begrenser smitterisiko.

### **6.2.3 ULIKE KULTURELLE FORUTSETNINGER**

De ulike områdene vi har gjort studier i, har også ulik befolkningssammensetning. I en av bydelene i studien får vi gjennom intervjuene med representanter for de kommunale tjenestene og dagsentertilbudene, og med eldre innbyggere som hører til kategorien førstegenerasjons

innvandrere, et inntrykk av at det kommunale apparatet ikke har like god oversikt eller er like sterkt til stede som når det gjelder befolkningen ellers. Til dels blir dette forklart ved at innvandrere søker dekning av sine behov for praktisk hjelp, informasjon, og til dels helsehjelp, gjennom andre tjenestesystemer, for eksempel de som er knyttet til moskeer, og familie/venner. De bor tettere innpå hverandre og antas å være mer familiære, blir det uttalt.

#### **6.2.4 PANDEMI ISOLERER MENNESKER, OGSÅ ELDRE**

En felles erfaring, som går igjen på tvers av de fire casene, er at pandemien gjennom den frykt for smitte den skaper for mange, og gjennom smitteverntiltakene som innføres, begrenser folks omgang med hverandre og skaper isolasjon og ensomhet. Selv om det er individuelle forskjeller – og vi hører at enkelte setter pris på den isolasjonen som tiltakene skaper - er denne negative konsekvensen av pandemien et gjennomgående trekk i datamaterialet. Grep for å forebygge sosial isolasjon og passivitet bør være en prioritert, og vil være en effektiv måte å forebygge uheldige følger av pandemi på i fremtiden.

#### **6.2.5 HVERDAGSFRIHETEN – EN KRAFT SOM BLIR BORTE**

Et trekk som mange beskriver, på tvers av casene, er tap av det man kan kalle for hverdagsfrihet, som er en form for frihet som man ellers har hatt en tendens til å ta for gitt. I intervjuene er det flere hjemmeboende eldre som forteller om hvordan den vanlige rytmen i hverdagslivet har raknet eller blitt borte fordi man ikke lenger har kunnet gjøre det man er vant til. Hvor verdifull denne friheten er, har først blitt synlig når den blir begrenset av smitteverntiltakene. Samtidig synes det å være slik at det er lettere å forstå og akseptere tap av noe hverdagsfrihet når det er faktisk smitte i kommunen.

### **6.3 PANDEMIEN OG TILTAKENE – RAMMER STERKEST DE SOM ER MEST UTSATT (MEN OGSÅ DE AKTIVE RAMMES)**

Smitteverntiltakene har variert gjennom prosjektperioden, fra full nedstengning i perioder, til perioder med få eller ingen tiltak. Det er viktig å skille mellom pandemien som smitte og sykdom, og pandemien som tiltak og handlinger for å forebygge spredning og sykdom. Våre casekommuner illustrerer at smitteverntiltak kan ha betydelige negative konsekvenser for hjemmeboende eldre, selv om det ikke eksisterer smitte og koronasykdom i nærheten. Mange kommuner har stengt ned sine dagaktivitetstilbud helt eller delvis som en følge av pandemien. I vår spørreskjemaundersøkelse blant ledere av hjemmebaserte tjenester, rapporterer en av ti at kommunen har dagaktivitetstilbud som har vært stengt gjennom hele perioden. Det betyr at enkelte eldre trolig vil ha vært uten dagtilbud så lenge som pandemien har vart. Undersøkelsen tyder videre også på at det i begrenset grad har blitt utviklet alternative tilbud i regi av frivillig sektor, og at sektoren har hatt nok med å konsentrere seg om å opprettholde en minimumsdrift. Et viktig og nærmest unisont budskap i ledernes tilbakemeldinger i de åpne svarfeltene i spørreskjemaet, er at pandemien har medført isolasjon og ensomhet blant mange hjemmeboende eldre. Det er særlig de uten egen familie eller andre nære personer, som rammes hardt.

I våre caseområder kommer det frem hvordan en-til-en kontakt hadde erstattet noen av dagtilbudet til de mest utsatte gruppene av eldre. Det samme vises i rapporten fra Koronakommisjonen (NOU



2021:6, utgitt i april 2021) hvor det også pekes det på at det ble tilrettelagt for mer hjelp i hjemmet i stedet for tildeling av korttidsplass. Tilbud om avlastning og rehabilitering var også redusert. Våre data som viser at pårørende eller omsorgsmottakere selv i en viss utstrekning takket nei til tjenester fordi de fryktet å bli smittet av covid-19, støttes også av funn i studier som inngår i Koronakommisjonens rapport. En form for læring som trekkes frem i den aktuelle NOU-en (2021:6) gjelder hvilke feilvurderinger som kan bli gjort i en krisesituasjon, og hvordan disse kan ramme de som er mest utsatt. Et alvorlig eksempel er besøksforbud som ble innført i omsorgsboliger og bofellesskap i mange kommuner, noe som også kom frem i våre studier. Dette illustrerer hvordan det kan være en risiko for overtramp mot svake borgere i krisesituasjoner.

En annen gruppe som er særlig sårbar, er hjemmeboende personer med demenssykdom. Andre undersøkelser har også pekt på dette som en gruppe som har fått for lite oppmerksomhet (se f.eks. Visalpuu *et al.*, 2021, Nasjonalforeningen for folkehelsen, 2020). Gjennom intervjuer med pårørende (barn og ektefeller) til personer med demenssykdom, har vi fått høre eksempler på hvordan smitteverntiltakene, sosial distanse og redusert tilsyn gir negative konsekvenser. En informant fortalte om hvordan hverdagen, med daglige besøk til butikken og til dagsenteret var ryggraden i tilværelsen, var blitt endret til en situasjon hvor ingen av disse aktivitetene lenger er mulig. Slike brudd kan være vanskelig å forstå for en person med demenssykdom. Informanten valgte å ta moren med hjem til seg selv og samboeren, for å la henne bo der en periode. Dette var mulig for denne datteren, fordi hun selv var hjemme på dagtid på grunn av sykdom. Etter at moren på nytt fikk plass på en sykehjemsavdeling, opplevde datteren seg som «plageånd» på den aktuelle avdelingen, fordi hun ønsket å besøke moren med demenssykdom ofte for å bedre morens hverdag i en situasjon med mye passivitet. Sykehjemsavdelingen hadde mange vikarer som hadde tidspress og datteren følte seg nesten som en «kriminell» når hun og samboeren skulle hente moren ut for å gå på tur. Pandemien skaper på denne måten polarisering mellom pårørende og personell. Datterens råd i denne situasjonen, er at man i hjemmebaserte tjenester bør bli flinkere til å involvere de pårørende mer.

En tredje type situasjon vi vil trekke frem, tar utgangspunkt normer og forventninger som kan eksistere i husholdninger hos eldre hjemmeboende med annen kulturell bakgrunn. Et av våre intervjuer illustrerer dette godt. Her har den eldre kvinnen i husholdningen (fra et asiatisk land) svekket helsetilstand og nedsatt førlighet (bruker rullestol), og har behov for både hjemmesykepleie og for praktisk hjelp i hjemmet. Bydelens hjemmetjeneste har imidlertid avslått ønsket om praktisk hjelp og begrunner dette med at ektemannen, som er frisk og førlig og hjemme til daglig, kan utføre disse oppgavene. Avslaget kan være forståelig ut fra et ressurs- og rettferdighetsperspektiv, men synliggjør en kontrast til kjønnsroller i den kulturen som ekteparet tilhører, og heller ikke til den rollekonflikt-situasjonen som kvinnen potensielt kunne befinne seg i. Kvinnen har også få alternative sosiale arenaer å gå til fordi hun har nedsatt fysisk mobilitet og vanskelig for å forflytte seg ut av boligen på egen hånd. Kvinnen ga uttrykk for at det ikke var en enkel psykososial situasjon i hjemmet.

Selv om pandemien og smitteverntiltakene rammer enkelte grupper og livssituasjoner mer enn andre, kan den ha konsekvenser også for personer som i utgangspunktet er aktive og ressurssterke. Flere av dem vi har intervjuet, og som er i ulike livssituasjoner, har kommentert hvordan pandemien og smitteverntiltakene griper inn til kjernen i deres hverdagsliv ved å forstyrre små, men viktige sosiale hverdagsrutiner. Vi hører om informanter som har fått «koronabalkong» (mage som har vokst) eller blitt «giddalaus» fordi de ikke lenger har de daglige (ofte sosiale) gjøremål utenfor

boligen som bidrar til å holde hverdagsrytmikken oppe. Personer som bor alene, har dessuten fortalt om utfordringer med sosialt liv i situasjoner hvor de selv befinner seg utenfor andres aller innerste sirkel. Dette har resultert i at de ikke ble invitert i middagsbesøk, eller i selskaper, i lange perioder med begrensninger i antall tillatte besøkende i private hjem.

Det er også forskjell mellom ulike steder når det gjelder hvor sårbart hverdagslivet er og i hvilken grad det blir preget av koronapandemien. Det er forskjell på en spredtbygd distriktskommune og en tettbefolket bydel i en storby. I distriktskommunen vil det være god plass utendørs og mindre trengsel innendørs og enklere å holde sosial distanse. Det er også mulig å finne steder utenfor egen bolig hvor det er lite eller ingen smittefare, selv på tidspunkter med høy trafikk.

### **6.3.1 TILLIT TIL LOKALE MYNDIGHETER OG TIL HVERANDRE**

Pandemien har skapt uventede og store utfordringer for både kommunale tjenester og for hjemmeboende eldres hverdagsliv, og det har vært lite tid til å forberede seg. Kommunene har hatt beredskapsplaner, men de har i begrenset grad inneholdt anvisninger for en situasjon som dette. Både hjemmebaserte tjenester og hjemmeboende eldre måtte prøve seg frem. Manglende kapasitet og innstramminger i tjenestetilbud under smittebølgene har gitt rikelig anledning for innbyggerne til å kritisere lokale myndigheter for ikke å levere tjenester slik de skal etter forskrifter og retningslinjer. Vi finner imidlertid ikke dette. Gjennom intervjuene i casestudien har vi i liten grad registrert kritikk mot lokale tjenester. Vi har derimot fått høre forståelse for at de som arbeider i tjenestene, har en krevende oppgave, og at de i denne tiden ikke kan kreve det samme som de ellers kanskje ville ha gjort. Unntaket er kritikk mot manglende hjelp til fysisk aktivitet og opptrening for dem som hadde behov for det. Vi har også sett hvordan eldre i den ene kommunen hadde høy tillit til myndighetene og fulgte smitteverntiltakene selv om det ikke fantes smitte i kommunen eller i nabokommunen. Dette kan antakelig knyttes til mobilisering som settes i sving i krisesituasjoner. Pandemien er en ytre trussel som befolkningen står sammen mot, og forhold som tidligere var kritikkverdige, fremstår nå som bagateller.

Samtidig er ikke tilliten til myndighetene «blind». Både i den ene surveyen og i casestudien kom det frem at innbyggere ga uttrykk for en viss mistillit til hjemmebaserte tjenester fordi ansatte ikke brukte munnbind og annet smittevernutstyr i de første månedene etter at pandemien startet. Vi har samtidig også fått høre eksempler på en form for ansvarlighet, der innbyggerne har sett det nødvendig å «bruke fornuft» når smitteverntiltakene har gått urimelig langt. Et eksempel vi ble fortalt om, fant sted på nasjonaldagen i en kommune uten smitte hvor samfunnshuset ble åpnet for befolkningen etter at 17-maitoget (bilkortesjen) var ferdig. Et annet eksempel dreide seg om at det midlertidige forbudet mot å ha besøk i omsorgsboliger, ble omgått. Et viktig aspekt ved denne formen for tillit er altså at den kan gjøre folk sårbare for utnyttelse eller ubevisste feilgrep fra myndighetenes side.

Pandemien har utfordret tilliten innad i befolkningen på ulike måter. Tilliten til nasjonale tiltak og lokale myndigheter synes altså å ha vært relativt høy, mens ting tyder på at tilliten mellom innbyggere har blitt satt på en større prøve. Data fra folkehelseundersøkelsen viser at tilliten til «folk flest» gikk markant ned i løpet av det første halvåret av pandemien, og at nedgangen har vært størst i de eldste aldersgruppene. Måten smitten spredte seg på og smittevernet ble organisert på, har skapt konfliktlinjer mellom ulike grupper, for eksempel mellom hyttefolk og andre, mellom turister

og fastboende, og vi fikk begreper for dette, som for eksempel «søringkarantene». I caseområdene våre reflekterer tillit, som uttrykkes i intervjuene, i større grad forskjeller i nærvær av smitte enn i forskjeller i smitteverntiltak. Satt på spissen innebærer dette at smitten og smittens nærvær i seg selv har en selvstendig negativ innvirkning på mellommenneskelig tillit, til dels uavhengig av smitteverntiltakene. Informanter i det ene bydelcaset, ga også uttrykk for manglende tillit til ungdommer og andre fordi smitteverntiltak verken ble fulgt opp i butikker eller på kollektivtransport.

Et annet tydelig trekk i studien, er eldre menneskers lojalitet til de råd og pålegg som befolkningen fikk, lokalt og nasjonalt, som ledd i håndteringen av pandemien. Forskning viser at effektiv håndtering av en pandemi er avhengig av at befolkningen har tillit til myndighetene (Sætrevik m.fl. 2021). En slik lojalitet, som vi også kan observere i vår studie, kan forklares med at de eldre i stor grad har tillit til offentlige lover og retningslinjer. Noe som er i tråd med andre studier som viser at nordmenn og nordiske borgere generelt, har stor tillit til de forskjellige politiske institusjoner sammenliknet med andre europeere. Med andre ord oppfattes påbud og retningslinjer fra norske politiske institusjoner som pålitelige, og fører til at folk i stor grad tar del i den dugnaden (kollektiv handling) som er knyttet til å begrense smitte.

### **6.3.2 LAG OG FORENINGERS ROLLE – SOSIALE NETTVERK SOM FOREBYGGING**

Frivillige lag og foreninger har et stort potensial som arena for sosial kontakt og aktivitet, og som aktører for støtte og bistand, når kapasiteten i de offentlige tjenestene er sprengt. I kommunene har blant annet frivillighetskoordinator en nøkkelrolle for å kunne utnytte potensialet blant frivillige enkeltpersoner, frivillighetsentraler, og lag og foreninger.

Samtidig får vi gjennom studien understreket at frivilligheten ikke er noe som kan slås «på» og «av» etter behov. Nedstengingen i mars 2020, satte mye av den frivillige aktiviteten på vent, og flere kommuner har i ettertid sett at det har vært nødvendige å «restarte» dette frivillige arbeidet, og at kontakten med frivillige aktører må reetableres og pleies. Tidligere undersøkelser viser til at svært mange (> 90 prosent) av de som tar del i frivillig arbeid, har begynt med dette fordi de har fått en direkte forespørsel om å bidra (Fladmoe m.fl. 2018). Det understrekes at frivillig arbeid må driftes av lyst og ikke tvang.

Generelt sett er det ikke vanskelig å rekruttere personer til kortvarig dugnadsarbeid, ifølge informantene. Derimot er det en utfordring at stadig færre personer er villig til å påta seg lederansvar i organisasjoner, lag og foreninger. Dette henger sammen med at det er arbeidskrevende, og at det skal administreres og forvaltes store ressurser som krever ulike typer kompetanse, ikke minst regnskapskompetanse. Mangel på ledere til lag og foreninger, kan derfor bli en trussel for frivilligheten i tiden fremover, og kan få betydning for frivillig sektors rolle og posisjon som viktig samfunnsaktør. Dette står i sterk kontrast til politiske signaler, som peker i retning av at det i årene fremover vil kreves *mer* av frivilligheten når det gjelder *mange* oppgaver i samfunnet. Allerede i dag stilles det mange krav til frivilligheten, og det er mange oppdrag. Kommunene vil ikke klare alle oppgaver alene, og det er derfor en økt satsing på samarbeid mellom kommune, næringsliv og frivillighet.

Undersøkelsen viser at gruppen av frivillige er bred og sammensatt av både yngre og eldre. En undersøkelse fra 2017 viser at det er like mange menn og kvinner som deltar i frivillig arbeid. Menn

er i overvekt innen idrett og sport, velforeninger, nærmiljø og borettslag mens et flertall av kvinner finner vi innen kunst og kultur, helse, pleie og redningsarbeid (Fladmoe m.fl. 2018).

Blant de som meldte seg som bidragsyttere under pandemien var det for eksempel flere med innvandrerbakgrunn. For å løse utfordringer med begrensede språkferdigheter i norsk, har mange inngått i et mindre team av frivillige hvor deltagelsen i arbeidet ikke bare har resultert i en økning i antall frivillige, men også til språkopplæring, nettverksbygging og bedre inkludering.

Relasjonsarbeid og relasjonsbygging har vært benyttet som en viktig arbeidsmetode i den kommunale helse – og omsorgstjenesten, og nettverket av latente relasjoner, har latt seg aktivere i en krisesituasjon, slik som den som oppsto under koronapandemien. Slike latente relasjoner, eller «svake bånd» (Granovetter 1973), er også viktige når det gjelder kontakt med hjemmeboende eldre. Vi har hørt eksempler der en ordning som «telefonvenn» fungerte dårlig dersom det ikke allerede var etablert en kontakt eller relasjon på forhånd. En viktig side ved lag og foreninger er at deres tillitspersoner og representanter har mulighet for å kommunisere med grupper som de kommunale tjenestene ikke andre kan. Vi har sett eksempler på hvordan en frivillig organisasjon klarte å nå grupper av innvandrere gjennom et kombinert språkkurs og datakurs. Gjennom å delta på språkkurset fikk deltakerne også øke sin kompetanse i å bruke data.

En frivillighetskoordinator vi intervjuet understreker at dersom frivilligheten skal opprettholdes, trengs det bedre økonomi til lag og foreninger.

### **6.3.3 DIGITAL KOMMUNIKASJON OG DIGITALE VERKTØY**

Det har vært knyttet betydelig grad av forventninger til de muligheter for kommunikasjon og nettverksbygging som digitale verktøy kan gi, ikke minst når det gjelder kommunikasjon mellom kommunale tjenester og innbyggere. Et overordnet bilde fra vår studie er at digitale kommunikasjonsverktøy under pandemien i første rekke har vært til nytte internt i hjemmebaserte tjenester, mellom tjenesteytere og mellom tjenesteytere og ledere, og da i form av Teams og Zoom. Digitale kommunikasjonsverktøy ser ikke ut til å ha vært særlig utbredt eller spilt noen større rolle i relasjonen mellom hjemmeboende eldre og hjemmebaserte tjenester.

Hjemmeboende Eldres bruk av digital teknologi varierte imidlertid blant dem som deltok i casestudien. Variasjonen går på tvers av alder, utdanning og yrkesbakgrunn. De fleste hadde smarttelefon, men flere brukte denne bare som ordinær telefon. Tilgang til plattformer som Instagram og Facebook, var også vanlig, men bruken varierte fra daglig til sjelden eller aldri. Bruk av teknologisk utstyr til for eksempel nettbank og internettsøk, varierte også. Da koronapandemien slo til, måtte imidlertid de som hadde kompetanse og var hyppige brukere av digital teknologi, lære seg nye funksjoner som å delta i og arrangere digitale møter for blant annet å kunne ivareta oppgaver i privat næringsliv og/eller veldedige verv. Perioden med pandemi og krav om innskrenking i sosial kontakt, ser videre til å ha tvunget frem eller påskyndet opplæring i bruk av digitale løsninger for dem som ikke hadde kompetansen fra før. Flere hadde barn eller barnebarn som hadde «presset på» for å få dem til «å snakke med bilde» og hadde bidratt i opplæringen hvis det var på kompetansesiden det skortet. I ett av caseområdene hadde kommunen stilt nettbrett til rådighet for brukere av hjemmebaserte tjenester slik at de kunne opprettholde kontakt med familie og andre. De som ikke kunne benytte dette på egen hånd, fikk assistanse fra ansatte i tjenesten.

En rekke aspekter som kommer frem i casestudien, handler også om utfordringer knyttet til bruken av utstyr, for dem som hadde dette tilgjengelig, som for eksempel stadig skifting av passord, som ofte glemmes, prosedyrer som tar for lang tid slik at bruker faller ut av nettstedet, og nedsatt sensitivitet eller sviktende funksjon i fingre eller hender. Dessuten uttrykte flere motstand mot å sette seg inn i nye ting fordi det var for krevende og for utfordrende å få tillærte tekniske ferdigheter til å «feste seg». Alle hadde heller ikke nødvendig utstyr tilgjengelig, enten av økonomiske eller andre grunner. Kompetanse og økonomisk situasjon var likevel ikke avgjørende for alle. Enkelte tok sterk avstand fra alt av sosiale medier, fordi de ikke er interessert eller var prinsipiell motstander av slike medier.

Opplæring til og kompetanse i å bruke medier som Face-Time, Whatsapp og KOMP og å bruke Internett til Googlesøk, skiller seg i vesentlig grad fra å hente ut informasjon fra Altinn eller digipost. Flere av våre informanter ga uttrykk for sterk frustrasjon over den generelle digitaliseringen av samfunnet, inkludert overgangen til digipost, formidling av informasjon om vaksinerings, og krav om bruk av QR-kode for å kjøpe bussbilletter og annet, som altså ikke bare krever ferdighet, men også tilgang til teknologisk utstyr som ikke alle har. En rekke funksjoner kan også være komplisert å utføre for dem som har smarttelefon, men mangler PC og/eller mulighet til å ta utskrift av informasjonen. Flere, som selv hadde kompetanse, ga også uttrykk for sterk solidaritet med og sympati for spesielt eldre, som mangler kompetanse.

Vår studie viser også at digital kommunikasjon kan være til hjelp i mange sammenhenger, selv om dette sjelden kan erstatte fysiske treff og møter. Det er viktig å ta hensyn til at teknologioptimisme og den generelle digitaliseringen kan bidra til å forsterke utenforskap for deler av en hel generasjon.

## **6.4 OPPSUMMERING – HVA HAR VI LÆRT?**

Med utgangspunkt i Helsedirektoratets spesifisering av oppdraget er det formulert et todelt formål for denne studien. For det første skal den belyse hvordan koronapandemien og følgene av den, kan sies å påvirke det langsiktige arbeidet med å følge opp strategien for et aldersvennlig samfunn. Her har to kategorier av aktører vært av særlig interesse: kommuner og sivilsamfunn (frivillige lag og foreninger, nabolag mm). I tillegg er det også interessant å se i hvilken grad private aktører har vært involvert. For det andre er det et mål å bruke kunnskapen til å trekke ut erfaringer og lærdommer som kan være verd å bygge på videre. Ikke minst, er følgende spørsmål viktig: Har koronakrisen preget vår forståelse av aldring og hva som er et aldersvennlig samfunn?

Vi skal avslutningsvis knytte våre funn opp til de konkrete problemstillingene i oppdraget:

***Påvirker pandemien og samfunnets tiltak for å håndtere den hvordan kommunene ser for seg arbeidet videre med aldersvennlig samfunn?***

Spørsmålet om og hvordan pandemien har påvirket kommunenes videre arbeid med aldersvennlig samfunn kan besvares på litt ulike måter. Enkelte av våre informanter mener at kommunen deres allerede i utgangspunktet gjør lite for å følge opp strategien for et aldersvennlig samfunn, og at de ikke har registrert nevneverdige aktiviteter eller ressurser knyttet til strategien. Basert på vår undersøkelse synes pandemien å ha påvirket kommunenes arbeid gjennom å prege bildet av det samfunnet vi vil komme til å ha fremover, og hvilke behov tjenestetilbudene vil stå overfor i

fremtidige lignende situasjoner. For mange eldre vil det være behov for tilgang til sosiale arenaer og nettverk der man kan utveksle informasjon knyttet til for eksempel pandemi og smittevern, men også for å kunne gi tilgang til mulige møtesteder der man kan treffe andre og bidra til å løse hverandres behov og hverdagslige problemer, som matinnkjøp og banktjenester. Andre vil ha behov for tilgang til arenaer for å opprettholde fysisk aktivitetsnivå. Formidlingen av slike møtesteder og ressurser vil i stor grad måtte løses gjennom sosiale medier og andre digitale løsninger. Dette er tilbud som ikke nødvendigvis behøver å driftes av kommunale tjenester og det offentlige. Samtidig vil det være for mye å forvente av frivillige organisasjoner å ta på seg et utvidet ansvar for en slik funksjon, slik deres rammer og muligheter er i dag. En styrking av frivillighetskoordinatorfunksjonen kan være en måte å løse dette behovet på.

Verdien av langsiktig arbeid med sosial nettverksbygging: Vi fremhever i rapporten et eksempel der en erfaren frivillighetskoordinator i en av bydelene vi hadde som case, forteller hvordan hun, særlig under pandemiens første fase, kunne dra nytte av det arbeidet hun hadde gjort ved å bygge sosiale relasjoner over tid, til lag og foreninger og i til andre relevante kommunale tjenester. Dette relasjonsarbeidet gjaldt også i forhold til hjemmeboende eldre mennesker. Disse etablerte sosiale relasjonene kunne så aktiveres på nytt under pandemien, og gjorde det for eksempel mye lettere å koble mennesker sammen over telefon i ettertid.

Det har vært knyttet forventninger til de muligheter for kommunikasjon og nettverksbygging som digitale kommunikasjonsverktøy kan gi, ikke minst når det gjelder mellom tjenestetilbudene og innbyggere. Et overordnet bilde fra våre undersøkelser i dette prosjektet er at digitale kommunikasjonsverktøy under pandemien i første rekke er noe som har vært til nytte internt i tjenestene og i mindre grad mellom tjenestene og hjemmeboende eldre. Erfaringene vi får høre om, tilsier videre at det kan være mye hente på å øke hjemmeboende eldres kompetanse og kunnskap i bruk av digitale verktøy.

Dette betyr også at pandemien synliggjør noen begrensninger i vår forståelse av begreper og betegnelser som «nødvendig helsehjelp» og «forebygging». Kanskje bør forståelsen utvides til også å romme dekning av sosiale behov og å inkludere sosiale nettverk slik enkelte nettverkstenkere har inspirert oss til å gjøre (Granovetter 1973).

***Hvordan taklet ulike kommuner utfordringene? Har pandemien utfordret kommunenes omsorgskapasitet i forhold til hjemmeboende og selvhjulpne eldre, og er det store forskjeller på hvordan sentrale kommuner og distriktskommuner er rustet for og håndterer utfordringene?***

Spørsmålet om hvordan kommunene takler utfordringene knyttet til koronapandemien, dreier seg blant annet om det som innen organisasjonslitteraturen omtales som organisatorisk resiliens (f.eks Weick and Sutcliffe, 2015) – som viser til organisasjoners evne til å tilpasse seg midlertidig eller permanent i møte med en krise. Casestudiene våre viser at det er forskjeller i måten kommunene har håndtert utfordringene knyttet til pandemien på, men at de ut fra egne beskrivelser i stor grad har klart å håndtere pandemien i sin organisasjon. Studien viser samtidig at utfordringene har hatt litt ulik karakter i sentrale kommuner og i distriktskommuner. Bydelene vi har undersøkt har opplevd smitte og smittehåndtering som en stor utfordring, mens distriktskommunene ikke har opplevd selve

smitten som et problem i samme grad. Her har derimot iverksettingen av smitteverntiltak og organisering og legitimering av disse vært en utfordring.

Et hovedinntrykk er at hjemmebaserte tjenester har lært mye underveis, og har i egen forståelse fått på plass forbedrede rutiner og kommunikasjonslinjer. Det er kun 10-15 prosent av ledere som svarer at de har blitt dårligere rustet til å fremme sentrale målsetninger innen eldreomsorgen. Store kommuner (10 000 innbyggere eller mer) kommer noe dårligere ut enn mindre kommuner spesielt når det gjelder fremming av sosialt liv og fysisk helse blant eldre. Samtidig svarer omkring 90 prosent av lederne at dagaktivitetstilbudet til eldre med og uten demenssykdom har vært delvis stengt under pandemien.

Kommunene representerer også ulike organisasjonstyper, dels fordi de er av ulik størrelse. Den ene bydelen som inngår i studien, har en tydelig organisering med en tydelig ledelse, og virker å ha håndtert pandemien godt, etter en tøff og brå start med mye smitte. Den ene småkommunen som har hatt lite smitte, har en mer uformell organisering, der løsningen har vært å la personale arbeide mer på tvers av formelle posisjoner, noe som har vært hensiktsmessig for å kunne utnytte begrensede personalressurser.

Spørsmålet om hvordan kommunene har håndtert utfordringene kan samtidig besvares fra to andre ståsteder, fra frivilligheten (som er viktig for mange hjemmeboende eldre), og fra eldre hjemmeboende selv, som vi kommer til i neste punkt.

***Har pandemien medført at lokalt næringsliv, frivillige organisasjoner og sivilsamfunn utviklet nye løsninger for å løse viktige oppgaver?***

Det er lite i vårt datamateriale som tyder på at private aktører under pandemien har fått en sentral rolle for velferden til hjemmeboende eldre. De eksemplene vi hører om, dreier seg om hjembringning av varer fra dagligvarebutikker. Vi hører også om eksempler på produksjon av smittvernustyr i de første fasene av pandemien.

Vi hører om relativt få nye «kreative» løsninger blant frivillige organisasjoner, men mer om en ekstra innsats der man utnytter etablerte ressurser, for eksempel pensjonistforeningen som var tidlig ute med å etablere telefonkontakt med mange av sine medlemmer (som i små kommuner gjerne er sambygdinger). Vi får høre om stengninger og eksempler der man klarer å holde åpent gjennom å redusere på antall personer samtidig i fellesarealer, om avstandsbegrensninger, og flytting av aktivitet og servering utendørs. Ut over dette, dreier fortellingene seg mest om å ta i bruk kjente løsninger og få det ordinære tilbudet til å fungere som normalt. For frivilligheten har samtidig selv blitt rammet av pandemien, og må «restartes». Når aktiviteten legges ned som et resultat av smittevernrestriksjoner, kan det være krevende å komme i gang igjen i en løs organisasjon som er bygget på personer mer enn på posisjoner. Et viktig forhold her, gjelder lag og foreninger og rekruttering til ansvarsstillinger. Samtidig som det er enighet om verdien av lag og foreninger i den totale velferdsmiksen, og det er mange som ønsker å bidra med innsats, synes det vanskelig å rekruttere ledere og koordinatører. Det synes å være et betydelig behov for å rette oppmerksomheten mot slike «restartproblemer» og andre grunnleggende utfordringer, det vil si først og fremst ABC-løsninger, hos frivillige lag og foreninger i tiden fremover.

***Er det noen grupper eldre hjemmeboende som har vært særlig utsatt? Hvordan takler eldre selv tilværelsen med utfordringene som følge av koronautbruddet? Har det blitt mer ensomhet?***

Ulike grupper av hjemmeboende eldre har blitt rammet på ulike måter. De som hadde funksjonssvikt og ikke hadde nær familie i nærheten, ble rammet ekstra hardt, uavhengig av sosial bakgrunn, geografi og kommunestørrelse. I tillegg til disse, vil vi spesielt trekke frem følgende grupper: Hjemmeboende eldre med demenssykdom (og deres pårørende), eldre (førstegenerasjons)innvandrere med svak språkkunnskap.

Hjemmeboende eldre med demenssykdom er særlig sårbare for endringer i rutiner i hverdagslivet, for eksempel endringer i reglene for sosial omgang og besøk og stengning av dagtilbud. Vi har ikke intervjuet personer med demenssykdom, men de pårørende. I intervjuene forteller enkelte om at de har sett det nødvendig å la sin demente mor eller far bo hjemme hos seg en periode, mens andre har arbeidet redusert stilling eller utvider bruken av hjemmekontor. I særlig omsorgskrevende situasjoner kan store hjelpebehov hos en demenssyk mor eller far også skape vansker i relasjoner mellom de pårørende – som samtidig ofte skal forvalte egne travle liv.

Vi har intervjuet et mindre antall innvandrere. Gjennom disse relativt få intervjuene, får vi et inntrykk av at nyansene i informasjon fra lokale myndigheter ikke alltid når helt frem. Innvandrere har imidlertid ofte sterkere relasjoner til familie og slekt, og flere vi har intervjuet, har barn og barnebarn som har bidratt med informasjon om smittevern og vaksinerings. Vi har også et inntrykk av en lavere grad av ensomhet blant disse enn tilfellet er blant norskfødte eldre. Her må vi også legge til at vi kun har gjort intervjuer med et lite utvalg av personer. Det er sannsynlig at de som har sagt ja til å bli intervjuet, ikke er blant de mest ensomme.

Vi har også beskrevet hvordan eldre, som i utgangspunktet er ressurssterke, har blitt rammet av pandemien gjennom at viktige aktivitetsmessige holdepunkter i hverdagslivet har blitt borte.

**Noen anbefalinger og forslag til videre studier**

På bakgrunn av studien, vil vi særlig trekke fram følgende mulige forbedringsområder:

- **Begrense antallet tjenesteutøvere per bruker og unngå at ansatte må arbeide på tvers av tjenester/avdelinger.** Det bør iverksettes tiltak/planer for å sikre at ansatte arbeider på færrest mulig «stasjoner», slik at en pandemi ikke vil kreve store omlegginger og ressurser.
- **Styrke frivilligheten som bindeledd mellom kommune og innbyggere:** Frivillighetskoordinator er et bindeledd som kanskje ikke er tilstrekkelig utviklet. Rammevilkår for frivillige lag og foreninger, bør vurderes. Kan det for eksempel trenges støtte til sentrale driftsfunksjoner (daglig leder o.l.) og «starthjelp» når lag/foreninger har vært nedstengt en periode? Det kan også med fordel settes i verk tiltak for å rekruttere frivillige med ulik språklig og kulturell bakgrunn, for å møte ulike behov i befolkningen.
- **Vurdere tiltak som kan settes i verk for å hindre nedstengning av dagaktivitetstilbud til eldre med og uten demenssykdom.**
- **Ta på alvor digitalisering som ekskluderer og diskriminerer eldre:** Studien synliggjør at digitaliseringen av samfunnet har negative konsekvenser for mange eldre. Det er behov for å



diskutere teknologioptimismen og digitaliseringens «grenser». Samtidig er det behov for bedre, lettere tilgjengelige, og mer systematiske tiltak for å styrke eldres digitale kompetanse. Det er også behov for lett tilgjengelige support/støttefunksjoner.

- **Rette oppmerksomheten i sterkere grad mot konsekvenser av en pandemi for innvandrerbefolkningen:** Eldre innvandrere som ikke forstår godt norsk eller engelsk, og som ikke har barn eller barnebarn som kan fungere som oversetter, synes å ha et udekket informasjonsbehov. En lett og enkel tilgang til tolketjenester i møte med hjemmebaserte tjenester vil være viktig. Det er også viktig å støtte frivillige lag og foreninger som ønsker å gi (f.eks.) digitale opplæringstilbud og språktilbud til innvandrere.
- **Stimulere til tjenester fra næringslivet, for eksempel leveringsordninger for dagligvarer:** Undersøkelsen viser at næringslivsaktører i relativt liten grad har utviklet eller forsterket tilbud under pandemien. Et samarbeid mellom offentlige, private og frivillige aktører innenfor dette området har derfor et betydelig potensial.
- **Vurdere presisjonsnivået i offisielle råd og påbud** for å unngå muligheten for misforståelser, som i informasjonen som førte til at det ble oppfattet som besøksforbud i omsorgsboliger. Hensiktsmessigheten i å begrense antall besøkende i private hjem til kun to, er et annet eksempel på tiltak som bør vurderes mer nøye, fordi det rammer eldre aleneboende uforholdsmessig sterkt, og kan bidra til økt ensomhet.

#### **Forslag til videre studier:**

- Pandemien har vart betydelig lengre enn vår studie, som kun belyser de første 1,5 år. Det er derfor behov for ytterligere studier om hva kommunene har lært, og hvilke endringer de gjør eller kan gjøre, på bakgrunn av erfaringer samlet sett.
- Hvordan kan ulike smitteverntiltak ved en ny pandemi bedre tilpasses lokale forhold, når det er store geografiske forskjeller med hensyn til utbredelse og risiko?
- Hvordan kan informasjon tilrettelegges og formidles i en pandemisituasjon på en slik måte at den når raskere og bedre frem til innvandrerbefolkningen?
- Hvordan kan kommuner bruke digitale tjenester (jfr. konsepter som «digitalt førstevalg» og «virtuelle avdelinger») til å utvikle inkluderende digitale løsninger, samt styrke muligheten for å dekke sosiale omsorgsbehov i pandemisituasjoner hvor fysisk kontakt ikke er mulig. Hvilke digitale verktøy må utvikles for at også eldre kan benytte dette på en hensiktsmessig måte?
- Hva består behovet for digital kompetanse i, blant ulike grupper hjemmeboende eldre, og hvilken utforming bør et opplæringstilbud ha som skal kunne dekke dette behovet?
- Hvordan kan et samarbeid mellom frivillige organisasjoner, privat næringsliv, og kommunale tjenester organiseres og styrkes, med hensyn til fremtidige pandemier?
- Hvordan kan samarbeidet mellom frivillige organisasjoner, privat næringsliv, og kommunale tjenester styrkes når det gjelder å tilby sosiale aktivitetsarenaer for eldre?
- Hvilken rolle har media under en pandemi i forbindelse med informasjonsformidling?
- Det er utfordringer som knytter seg til tradisjonelle kjønnsroller i innvandrerbefolkningen som det kan være verdt å utforske nærmere, og om det finnes potensial for endring.
- Studier av frivillighetskoordinatorrollen (praksis, funksjon og potensial).

## REFERANSER

- Andrews, T. (2003): Nytt ideologisk grunnlag i forebyggende helsearbeid – en diskusjon av syn på makt og endring. *Tidsskrift for velferdsforskning*. Vol 6 (1), 30-42.
- Andrews, T. og Antonsen, K. (2019): Medvirkningsprosesser i folkehelsearbeid. Evaluering av Nærmiljøprosjekter i Nordland. *NF-rapport 3/2019*. Bodø: Nordlandsforskning.
- Andrews, T. og Vassenden, A. B. (2007): Snøballen som ikke ruller. Utvalgsproblemer i kvalitativ forskning. *Sosiologisk tidsskrift*. Vol. 15 (2), 151-163.
- Angel, J. L., & Mudrazija, S. (2020). Local Government Efforts to Mitigate the Novel Coronavirus Pandemic among Older Adults. *Journal of Aging & Social Policy*, 32(4-5), 439-449. doi:10.1080/08959420.2020.1771240
- Bang Nes, R. m.fl. (2020, 17. desember). Livskvalitet og psykisk helse under koronaepidemien november-desember 2020. Hentet fra: <https://www.fhi.no/div/helseundersokelser/fylkeshelseundersokelser/livskvalitet-og-psykisk-helse-under-koronaepidemien--nov-des-2020/>
- Berg, N. G., & Lysgård, H. K. (2004). Ruralitet og urbanitet – bygd og by. *Plan*, 36(2), 18-25
- Bliksvær, T., Andrews, T., Bardal, K. G., & Holmen, W. R. (2020). «Et godt sted å bli gammel» En studie av aldring i rurale kommuner (Vol. 11-2020). Bodø: Nordlandsforskning.
- Buffel, T., & Phillipson, C. (2016). Can global cities be 'age-friendly cities'? Urban development and ageing populations. *Cities*, 55, 94-100. doi:10.1016/j.cities.2016.03.016
- Buffel, T., & Phillipson, C. (2018). Urban ageing: new agendas for geographical gerontology. In M. W. Skinner, G. J. Andrews, & M. P. Cutchin (Eds.), *Geographical gerontology : Perspectives, concepts, approaches*. London: Taylor and Francis.
- Dahlberg, L. (2021). Loneliness during the COVID-19 pandemic. *Aging & mental health*, 1-4. doi:10.1080/13607863.2021.1875195
- Farrell, T. W., Ferrante, L. E., Brown, T., Francis, L., Widera, E., Rhodes, R., . . . Saliba, D. (2020). AGS Position Statement: Resource Allocation Strategies and Age-Related Considerations in the COVID-19 Era and Beyond. *J Am Geriatr Soc*, 68(6), 1136-1142. doi:10.1111/jgs.16537
- Farrell, T. W., Francis, L., Brown, T., Ferrante, L. E., Widera, E., Rhodes, R., . . . Saliba, D. (2020). Rationing Limited Healthcare Resources in the COVID-19 Era and Beyond: Ethical Considerations Regarding Older Adults. *Journal of the American Geriatrics Society (JAGS)*, 68(6), 1143-1149. doi:10.1111/jgs.16539
- Fladmoe, A., Sivesind, K. H., & Arnesen, D. (2018). Oppdaterte tall om frivillig innsats i Norge, 1998–2017. Rapport fra Senter for forskning på sivilsamfunn og frivillig sektor.
- Fyhn, K., Fyhn, K., Lønning, M. N., & Norges røde k. (2021). *Sånne små ting som å holde hender, det gjør så mye med hele deg : eldre menneskers hverdag under koronapandemien*. Oslo: Norges røde kors.
- Gedde, M. H., Husebø, B., Erdal, A., Ptaschitz, N., Vislapuu, M., Angeles, R. C., & Berge, L. I. (2021). Access to and interest in assistive technology for home-dwelling people with dementia during the COVID-19 pandemic (PAN.DEM).
- Geirdal, A. Ø., Ruffolo, M., Leung, J., Thygesen, H., Price, D., Bonsaksen, T., & Schoultz, M. (2021). Mental health, quality of life, wellbeing, loneliness and use of social media in a time of social distancing during the COVID-19 outbreak. A cross-country comparative study. *Journal of Mental Health*, 1-8. doi:10.1080/09638237.2021.1875413
- Hanlon, N., Skinner, M., Joseph, A., Ryser, L., & Halseth, G. (2016). New frontiers of rural aging. Resource hinterlands. In M. W. Skinner & N. Hanlon (Eds.), *Ageing Resource Communities: New frontiers of rural population change, community development and voluntarism*. Routledge Studies in Human Geography: Taylor and Francis.
- Holmen, A. K. T., & Ringholm, T. (2019). *Innovasjon møter kommune*. Oslo: Cappelen Damm akademisk.

- Koh, Z. Y., Law, F., Chew, J., Ali, N., & Lim, W. S. (2020). Impact of Coronavirus Disease on Persons with Dementia and Their Caregivers: An Audit Study. *Ann Geriatr Med Res*, 24(4), 316-320.
- Lamb, S. (2014). Permanent personhood or meaningful decline? Toward a critical anthropology of successful aging. *Journal of Aging Studies*, 29, 41-52.
- Le, C., Finbråten, H. S., Pettersen, K. S., Joranger, P., & Guttersrud, Ø. (2021). Befolkningens helsekompetanse, del I. The International Health Literacy Population Survey 2019–2021 (HLS19) – et samarbeidsprosjekt med nettverket M-POHL tilknyttet WHO-EHII. Rapport IS-2959. In: Helsedirektoratet.
- Meld St 15. (2017-2018). Level hele livet. En kvalitetsreform for eldre.
- Mikkelsen, H. H. (2016). Unthinkable Solitude: Successful Aging in Denmark Through the Lacanian Real. *Ethos*, 44(4), 448-463. doi:10.1111/etho.12144
- Munkejord, M. C., Schönfelder, W., & Eggebø, H. (2018). Sosial omsorg. *Tidsskrift for omsorgsforskning*, 4(03), 298-306. doi:10.18261/issn.2387-5984-2018-03-12
- NOU 2021: 6: *Myndighetenes håndtering av koronapandemien – Rapport fra Koronakommisjonen*
- Otnes, B. (2017). Livet etter 80 - Eldres helse og levevaner. *Tidsskrift for omsorgsforskning*(3), 243-254. doi:10.18261/issn.2387-5984-2017-03-10
- Regjeringen. (2016). Flere år - flere muligheter. Regjeringens strategi for et aldersvennlig samfunn.
- Skinner, M. W. (2014). Ageing, place and voluntarism: towards a geographical perspective on third sector organisations and volunteers in ageing communities. *Voluntary sector review*, 5(2), 161-179. doi:10.1332/204080514X14020630062723
- Skinner, M. W., Andrews, G. J., & Cutchin, M. P. (2018a). Introduction to geographical gerontology In M. W. Skinner, G. J. Andrews, & M. P. Cutchin (Eds.), *Geographical gerontology : Perspectives, concepts, approaches* London: Taylor and Francis.
- Skinner, M. W., Andrews, G. J., & Cutchin, M. P. (Eds.). (2018b). *Geographical gerontology : perspectives, concepts, approaches*. London: Taylor and Francis.
- Skinner, M. W., Cloutier, D., & Andrews, G. J. (2015). Geographies of ageing: Progress and possibilities after two decades of change. *Progress in Human Geography*, 39(6), 776-799. doi:10.1177/0309132514558444
- Skinner, M. W., & Hanlon, N. (2016). *Ageing Resource Communities: New frontiers of rural population change, community development and voluntarism*: Taylor and Francis.
- Slagsvold, B., & Daatland, S. O. (2006). *Eldre år, lokale variasjoner : resultater fra Den norske studien av livsløp, aldring og generasjon (NorLAG) - runde 1*(Vol. 15/06).
- Sudmann, T. T. (2017). Aktivitet og fellesskap for eldre. Oppsummering av kunnskap og forskningsresultater som del av kunnskapsgrunnlaget for 'Live hele livet - en kvalitetsreform for eldre'. Deloppdrag 2 fra Helse- og omsorgsdepartementet. In: Senter for omsorgsforskning.
- Sætrevik B., Bærøe K., Carlsen B., & Bjørkheim B. (2021). Nordmenn stolte på myndighetenes informasjon og tiltak i starten av koronapandemien. *Tidsskrift for velferdsforskning*, 24(2), 1–16. <https://doi.org/10.18261/issn.2464-3076-2021-02-06>
- van Eck, E., van Melik, R., & Schapendonk, J. (2020). Marketplaces as Public Spaces in Times of The Covid-19 Coronavirus Outbreak: First Reflections. *Tijdschrift voor economische en sociale geografie*, 111(3), 373-386. doi:10.1111/tesg.12431
- Vislapuu, M., Angeles, R. C., Berge, L. I., Kjerstad, E., Gedde, M. H., & Husebo, B. S. (2021). The consequences of COVID-19 lockdown for formal and informal resource utilization among home-dwelling people with dementia: results from the prospective PAN.DEM study. *BMC Health Services Research*, 21(1), 1003. doi:10.1186/s12913-021-07041-8
- von Humboldt, S., Mendoza-Ruvalcaba, N. M., Arias-Merino, E. D., Costa, A., Cabras, E., Low, G., & Leal, I. (2020). Smart technology and the meaning in life of older adults during the Covid-19 public health emergency period: a cross-cultural qualitative study. *Int Rev Psychiatry*, 32(7-8),
- Yin (2009): *Case-study Research – Design and Methods, Applied Social Research Methods Series*. Thousand Oaks: Sage Publications.



NORDLANDSFORSKNING  
NORDLAND RESEARCH INSTITUTE

Postboks 1490  
N-8049 Bodø  
Norge

Tlf: +47 75 41 18 10  
nf@nforsk.no  
www.nordlandsforskning.no

ISBN:  
978-82-7321-844-5 (trykt)  
978-82-7321-845-2 (digital)  
ISSN-nr: 0805-4460